Rok XL. Kraków, 16 Marca 1901. Nr. 11

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Znaczenie laryngologii, rynologii i otologii dla ogólnej medycyny.

Napisał

Dr. Jan Sędziak.

(Odczyt przeznaczony na IX-ty Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie 1900 r., a wygłoszony w warszaw. Tow. lek. na posiedzeniu w dniu 22 stycznia 1901 r.)

Laryngologia i rynologia, których początek datuje się od wiekopomnego odkrycia laryngoskopu przez Türcka i Czermaka w 6-ym dziesiątku XIX-go stulecia, oraz otologia, starsza ich siostrzyca, w krótkim stosunkowo czasie rozwinęły się, jako samodzielne, doskonale opracowane gałęzie medycyny. Z czasem jednak stały się one zbyt specyalnemi, a więc niedostępnemi dla szerszego koła lekarzy.

Wkrótce już spostrzeżono ten ujemny kierunek i starano się mu przeciwdziałać. Już bowiem w r. 1885, a więc przed laty 15, Loeri uczynił w tym kierunku pierwszą próbę, rozbierając szczegółowo w znanej swej monografii stosunek laryngologii do ogólnej medycyny.

Odtąd w tym kierunku daje się zauważyć coraz większy ruch. Tak np. w r. 1893 Hang ogłasza swoją cenną monografię o stosunku chorób usznych do ogólnych zaburzeń ustroju; następnie uczynili to samo dla chorób gardzieli, krtani i nosa w r. 1896 de Havilland Hall, a u nas Sokołowski, w roku zaś 1899 Friedrich, wreszcie w ostatnich zupełnie czasach, gdyż w r. 1900, Jonas.

Przekonano się mianowicie, że cierpienia górnego odcinka dróg oddechowych i pokarmowych, oraz uszów, są w wielu razach tak ściśle związane z ogólnemi zaburzeniami ustroju, że nieznajomość ich może być dla lekarza ogólnego źródłem wielu błędów rozpoznawczych, a co zatem idzie — i leczniczych.

Również w ostatnich czasach zaczęto zwracać uwagę na ścisły związek, zachodzący między cierpieniami usznemi i ocznemi z jednej, a sprawami chorobowemi w jamach nosowych, względnie w jamie nosogardzielowej — z drugiej strony. Zasługę niespożytą w tym kierunku położyli Meyer z Kopenhagi, któremu zawdzięczamy opisanie t. zw. „wyrośli adenoidalnych,“ stanowiących przyczynę większej części zaburzeń usznych, oraz Ziem z Gdańska, autor pierwszych prac o stosunku chorób ocznych do zmian w nosie, względnie jego zatokach.

To przeciwdziałanie zasklepianiu się oddzielnych specyalności, oraz dążność do zapoznawania lekarzy ogólnych z poszczególnemi specyalnościami, stanowi cechę znamienną ostatnich czasów.

Sądziłem przeto, że postawienie na porządku dziennym powyższego tematu, będącego dziś tak na dobie, może zainteresować szersze koło lekarzy i dać powód do ożywionej dyskusyi. Niestety temat to tak obszerny, że tylko w grubych zarysach mogę go tu uwzględnić, pozostawiając szersze rozwinięcie do oddzielnej, wyczerpującej monografii, którą przygotowuję do druku.

Choroby górnego odcinka dróg oddechowych i pokarmowych, oraz uszów, mogą występować, albo jako

1) umiejscowienie zarazka chorobowego w ogólnem zakażeniu ustroju, np. w przebiegu ostrych i przewlekłych spraw zakaźnych, albo jako

2) wyrażenie zmian ogólnych, odbywających się w całym ustroju, a więc w ogólnych zaburzeniach odżywczych.

3) Również w wielu razach sprawy te powstają wskutek rozszerzenia się sprawy chorobowej z sąsiedztwa bądź *per continuitatem*, bądź *per contiguitatem*, jak to ma miejsce w wielu cierpieniach gardlanych, usznych, oraz ocznych pochodzenia nosowego, wzgl. nosowo-gardzielowego.

4) Wreszcie niektóre zaburzenia ogólne ustroju powstają na drodze odruchowej wskutek zmian miejscowych w górnym odcinku dróg oddechowych, pokarmowych, oraz w uszach. Są to t. zw. nerwice zwrotne pochodzenia nosowego, gardlanego oraz usznego.

Związek przyczynowy, zachodzący między cierpieniami górnego odcinka dróg oddechowych, a ogólnemi zaburzeniami ustroju, jest łatwy do zrozumienia wobec faktu, że: 1) nos, oraz jama ustna, wzgl. gardzielowa, najbardziej narażone są na ujemne wpływy zewnętrzne przyrody mechanicznej, cieplnej i chemicznej, będąc głównemi wrotami dla zarazków, przenikających od zewnątrz mianowicie z powietrzem i pokarmami; 2) że jamy nosowe, oraz nosowo-gardłowa i ustna z ich różnorodnymi przydatkami (podniebiennym, gardzielowym i językowym), z ich „fizyologicznemi ranami,“ jak bardzo właściwie nazywa Gerhardt prawidłowe braki w nabłonku migdałków, niezmiernie sprzyjają przenikaniu drobnoustrojów do organizmu, gdzie znowu, przy sprzyjających warunkach, jako to: stanach zapalnych błony śluzowej, zmniejszonej energii leukocytów, tych, że się tak wyrażę „stróżów bezpieczeństwa“ i t. p., mogą wystąpić zaburzenia ogólne, wywołane następowo toksynami tychże drobnoustrojów; 3) że jamy nosowe, oraz nosowo-gardzielowa i ustna już w stanach prawidłowych zawierają olbrzymie ilości drobnoustrojów zarówno nieszkodliwych, jako też, co jest ważniejsze, chorobotwórczych, jak tego mianowicie dowodzą badania Straussa i Dieulafoya odnośnie do laseczników gruźliczych, Lichtwitza — laseczników błonicznych, Lexera i Nettera — paciorkowców, Besançona i Griffona — pneumokoków itp.

Po tym przydługim może wstępie przechodzą do właściwego tematu tj. do wykazania znaczenia laryngologii, rynologii i otologii dla ogólnej medycyny.

Zacznę od najważniejszego działu, t. j. od medycyny wewnętrznej. Dla internisty znajomość, przynajmniej powierzchowna, chorób gardzieli, krtani, nosa i uszów jest niezmiernie ważna. Wspomnę tu przedewszystkiem cały dział spraw zakaźnych ostrych. Ponieważ temat ten był szczegółowo przezemnie poruszany na jednem z posiedzeń warsz. Tow. lek w r. 1899, oraz w wyczerpujący sposób ogłoszony w *Nowinach lekarskich* w roku zeszłym (1900), przeto wspomnę tu tylko pokrótce niektóre z chorób zakaźnych ostrych, względnie ostrych wysypek, w których szczególnie uwydatnia się niezbędność znajomości laryngo-ryno-otologii dla internisty, wzgl. pedyatry.

Do chorób tych przedewszystkiem należą odra i płonica, w których zajęcie gardzieli należy do stałych, zajęcie zaś uszów do niezmiernie częstych (3 i 5% B l a u); również błonica, w której pominąwszy już zajęcie gardzieli, nosa i krtani, nieznajomość zaburzeń usznych może być źródłem wielu nieszczęść (głuchota); wreszcie w grypie *(influenza)*, zwłaszcza jej postaci nieżytowo-płucnej, zmiany w górnym odcinku dróg oddechowych i pokarmowych, oraz uszach, należą do bardzo częstych i ważnych.

Toż samo mniej więcej tyczy się i innych spraw zakaźnych ostrych, jak ospa, dur brzuszny, ostry gościec stawowy, róża, nagminne zapalenie gruczołu przyusznego itp., w których przebiegu mogą również wystąpić zmiany w nosie, gardzieli, krtani i uszach, a których nieznajomość mogłaby być źródłem wielu błędów terapeutycznych. Również ważną jest dla internisty znajomość laryngo-ryno-otologii w chorobach zakaźnych przewlekłych, że wspomnę tu tylko gruźlicę płuc; niekiedy na podstawie pewnych objawów ze strony gardzieli i krtani (bladość błon śluzowych, zajęcie jednostronne krtani sprawą zapalną) można wcześnie rozpoznać gruźlicę bez ważniejszych zmian fizykalnych w płucach. Wogóle zaś, jakkolwiek pierwotna gruźlica nosa, gardzieli i krtani należy do niezmiernie rzadkich, niewątpliwie istnieje.

I w ogólnych zaburzeniach materyi, oraz stanach chorobowych krwi, ważną jest znajomość laryngo-ryno-otologii dla ogólnego lekarza, że wspomnę tu tylko bladość błon śluzowych nosa, gardzieli i krtani, zaburzenia czucia w gardzieli, oraz szum w uszach, znamionujące stany niedokrewne, jak błednica, oraz białaczka, krwawienia zaś, zwłaszcza z nosa i dziąseł w skazie krwotocznej (krwawiączce, plamicy krwotocznej, wreszcie w gnilcu).

W zaburzeniach przemiany materyi, jako to: w dnie (podagrze) oraz w cukromoczu, niekiedy zmiany w górnym odcinku dróg oddechowych mogą poprzedzać te zaburzenia, pozwalając na wczesne ich rozpoznanie. Tyczy się to zmian swoistych w gardzieli, poprzedzających napad dny (D a n z i g e r), lub występujących, jako jeden z najwcześniejszych objawów w cukromoczu (G a u l, J o a l).

Odnośnie do innych chorób przewlekłych niezakaźnych przedewszystkiem zaburzenia w górnym odcinku dróg oddechowych ściśle są związane z takiemiż zaburzeniami. Dość wspomnieć o nieżycie ostrym nosa, który zwykle opada ku dołowi, wywołując *per continuitatem* resp. *contiguitatem*, takąż sprawę w krtani, oskrzelach, opłucnej (według J o n a s a), a niekiedy i w płucach.

Wogóle zaburzenia w górnym odcinku dróg oddechowych, zwłaszcza nosie oraz jamie nosowo-gardzielowej, mają niezmiernie ważne znaczenie dla oddechania. Jak wiadomo, fizyologiczne znaczenie tych jam polega na oczyszczaniu wdechanego powietrza od szkodliwych domieszek obcych, jako też na jego ogrzewaniu, oraz nasycaniu wilgocią. Gdy tych warunków niema, np. w razie niedrożności, spowodowanej polipami w nosie, lub wyroślami gruczołowatemi (adenoidalnemi) w jamie noso-gardzielowej, oddechanie odbywa się przez usta, co powoduje nieżyty dolnych dróg oddechowych.

Z chorób narządu krążenia, mających ścisły związek z laryngologią, rynologią, a po części i otologią, należy przedewszystkiem wymienić tętniaki aorty, dla których rozpoznania, jak to w innem miejscu (*Gazeta lekarska* 1892) obszernie wzmiankowałem, zmiany w krtani (porażenia strun głosowych) mają niekiedy pierwszorzędne znaczenie. Tak np. w spostrzeganym przezemnie przypadku, dotyczącym 40-sto kilkoletniego chorego, zrobiłem przypuszczenie, jedynie na podstawie badania laryngoskopowego (porażenie lewej struny głosowej) tętniaka aorty, co i zapomocą promieni Roentgena potwierdzonem zostało.

Przechodzę obecnie do znaczenia laryngo-ryno-otologii dla chorób dróg pokarmowych, dla których jama ustna, gardzielowa, oraz przełyk stanowią początek. Choroby zębów (próchnienie, choroby jam nosowych, ropienie), choroby gardzieli (nieżyty suche), oraz przełyku mają znaczny wpływ na powstawanie zaburzeń w żołądku i kiszkach, na co głównie zwrócił uwagę F r e i t e l. Z chorób narządów moczowych zapalenie przewlekłe nerek spowodowuje niekiedy obrzęki zastoinowe w krtani, jako pierwszy objaw tego cierpienia (F a u v e l, S c h r o e t t e r). Występowanie krwotoków nosowych w zapaleniu nerek jest powszechnie znane. Jestto objaw do pewnego stopnia pomyślny, gdyż wyrównywa zbyt wysokie ciśnienie krwi, co np. w jamie czaszkowej mogłoby być niebezpiecznem.

Wreszcie laryngo-ryno-otologia mają ścisły związek z otruciami, co doskonale opracowali R o h r e r i W i n k l e r. Szczególnie występuje to wyraźnie w zatruciach rtęcią oraz jodem, który oprócz powszechnie znanego zajęcia błony śluzowej nosa wywołuje niekiedy obrzęki w krtani (R o s e n b e r g), o czem nie wszyscy lekarze ogólni wiedzą.

Ważnym jest również wpływ ujemny wyskoku, oraz tytoniu na górny odcinek dróg oddechowych, wzgl. pokarmowych, a po części i uszów (nieżyty przewlekłe).

Tu należy też cały szereg zaburzeń w górnym odcinku dróg oddechowych, będących w związku z rodzajem zajęcia chorych (choroby zawodowe), o czem S e i f e r t napisał bardzo ładną monografię. Z zaburzeniami temi, spotykanemi u pracujących w różnych fabrykach (cementu i t. p.), lekarz ogólny powinien być również obeznany.

Niezmiernie ważną jest znajomość laryngo-ryno-otologii dla neuropatologa. Zwłaszcza w cierpieniach ośrodkowego układu nerwowego rozpoznanie porażeń krtaniowych ma duże znaczenie (vide: *Gazeta lek.* 1899); dość przytoczyć tu wiąd rdzenia, gdzie objawy krtaniowe niekiedy poprzedzają lub należą do najwcześniejszych (vide: *Kronika lek.* 1899).

W ostatnich czasach spostrzegałem przypadek, dotyczący 30-letniego chorego, u którego obok braku odruchów kolanowych, oraz „crises gastriques“, dominującym objawem, jednym z najwcześniejszych, było porażenie obu rozwieraczy głośni *(paralysis postici bilateralis)*, warunkujące niezwykle częste i przykre „crises laryngées“. I zaburzenia nerwowe czynnościowe, zwłaszcza histerya, niejednokrotnie objawiają się przedewszystkiem zaburzeniami ze strony górnego odcinka dróg oddechowych, zwłaszcza krtani, w postaci porażeń zwieraczy głośni.

Przechodzę obecnie do niezmiernie ważnego dla internisty działu t. zw. nerwic odruchowych pochodzenia nosowego, gardlanego i usznego. Od czasu znanej monografii Hacka, a więc mniej więcej od lat 15 wiemy, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy pewnemi zaburzeniami ogólnemi a zmianami w górnym odcinku dróg oddechowych, oraz w uszach (Eitelberg). Jakkolwiek od tego czasu wiele się zmieniło w naszych pojęciach odnośnie do teoryi Hacka i jakkolwiek wiele z t. zw. nerwic odruchowych tłómaczymy sobie obecnie w sposób prostszy, nie uciekając się do jego teoryi; jakkolwiek wreszcie przekonaliśmy się, że nie zawsze, jak to mianowicie utrzymywał Hack, oraz entuzyastyczni zwolennicy jego teoryi (Fliess, a świeżo Jonas), usunięcie zmian chorobowych w nosie, gardzieli, lub uszach usuwało doszczętnie takie zaburzenia, jak dychawica (astma) i t. p., to jednak nie ulega najmniejszej wątpliwości, że związek taki istnieje, o nim więc powinien pamiętać lekarz ogólny. Tyczy się to przedewszystkiem dychawicy oskrzelowej, w której w wielu razach można otrzymać mniejszą, lub większą poprawę, a nawet wyleczenie trwałe, jak mnie o tem przekonało własne doświadczenie, co również stwierdzają fakta, zaczerpnięte przeze mnie z piśmiennictwa. Na blisko 500 przyp. dychawicy, leczonej miejscowo przez usunięcie zmian w górnym odcinku dróg oddechowych, oraz w uszach, prawie w 400 stwierdzoną została mniej lub więcej wyraźna poprawa, wzgl. wyleczenie (w kilku moich przyp. trwa ono już lat kilka); w resztujących 100 leczenie to pozostało bez skutku. Liczby te są tak przekonywające, że powinny skłonić lekarzy chorób wewnętrznych do zastosowania tej metody w tych przypadkach, gdzie leczenie ogólne okazało się bezskuteczne, a w nosie, gardzieli, lub uszach znajdują się stwierdzone zmiany. Toż samo *mutatis mutandis* tyczy się kaszlu nerwowego, oraz migreny, wzgl. nerwobólu, których około 200 przyp. zapisano w literaturze, jako wyleczonych przy zastosowaniu tego rodzaju leczenia przyczynowego. Z innych nerwic odruchowych na zaznaczenie zasługują: padaczka, której parę dziesiątków przypadków naliczono w piśmiennictwie, jako wyleczonych po przypalaniu muszel nosowych, wycięciu wyrośli gruczołowatych adenoidalnych, wreszcie po usunięciu z uszów woskowin; tu należą też moczenia nocne *(enuresis nocturna)*, których 2 przyp. spostrzegałem i wyleczyłem po usunięciu wyrośli gruczołowatych.

I w kierunku społecznym i sądowo-lekarskim ujawnia się ważność laryngo-ryno-otologii. Tak np. niezbędnem jest poznanie wpływu ujemnego t. zw. wyrośli gruczołowatych na zdolności umysłowe uczącej się młodzieży *(aprosexia nasalis*-Guya), na co szczególnie zwrócić należy uwagę lekarzy szkolnych. Z drugiej zaś strony wiele cierpień górnego odcinka dróg oddechowych i pokarmowych, oraz uszu, wywiera wpływ ujemny na stan umysłowy chorych, warunkując pewne ich złe instynkty, wzgl. czyny, dające niekiedy powód do spraw sądowych.

Z powyższego widać niezbędność poznania laryngo-ryno-otologii dla medycyny wewnętrznej.

I dla medycyny zewnętrznej znajomość ta jest również potrzebną. Tak np. chirurg w wielu razach musi się opierać na podstawach, zaczerpniętych z tych specyalności. Dość przytoczyć otoki *(empyemata)* zatok bocznych nosa, zwłaszcza Highmora, oraz czołowych, nowotwory złośliwe krtani (raki, mięsaki), cierpienia (przerost) gruczołu tarczykowego (t. zw. wól), próchnienie wyrostka sutkowego i t. p. sprawy chorobowe, w których chirurgia z laryngo-ryno-otologią są w ścisłym związku i wymagają współrzędnego uwzględnienia tych specyalności.

I dla specyalisty chorób wenerycznych i skórnych ważną jest znajomość chorób nosa, gardzieli, krtani i uszów. Dość wspomnieć kiłę, która niezmiernie często w postaciach wczesnych (stwardnienie pierwotne, kłykciny) umiejscawia się w jamie ustnej i gardzielowej, w późniejszych zaś (kilaki) w nosie i krtani, sprowadzając przedziurawienie przegrody nosowej, w ogóle zniekształtnienie nosa, oraz zniszczenia i zaburzenia czynnościowe (zwężenia) krtani. Co się tyczy uszów, to, jak wiadomo, zajęcie ich obok zajęcia zębów i oczów stanowi w kile jeden ze słynnych „trias“ Hutchisona.

Z chorób skórnych przedewszystkiem należy wymienić wyprysk, oraz pęcherzycę, w których zajęcie górnego odcinka dróg oddechowych, a zwłaszcza pokarmowych, należy do częstych.

Przechodzę obecnie do cierpień kobiecych, w których zajęcie nosa, gardzieli, krtani, oraz uszów może mieć duże znaczenie i jako takie przez ginekologów powinno być znane.

Już fizyologicznie podczas regularności, ciąży, karmienia, oraz w okresie przejściowym spotykamy cały szereg zaburzeń w uszach i górnym odcinku dróg oddechowych, że wspomnę tu tylko: czerwoność i obrzęk nosa, szum w uszach, krwawienie z nosa, oraz z rozszerzonych naczyń na nasadzie języka, jakie często występują podczas miesiączkowania, lub w jego zastępstwie. Ważne są zwłaszcza te ostatnie krwawienia, mające pozór krwotoków płucnych i jako takie niepokojące chorych.

Tu należy też cały szereg zboczeń czucia (parestezyj), zwłaszcza w postaci uczucia ciała obcego w gardzieli, co szczególnie często spotykamy w okresie wieku przejściowego, a które to uczucie w większości przypadków jest zależne od przerostu migdałka językowego (Semon). Również i istniejące już cierpienia nosa i gardzieli, jak np. *ozaena*, ostre pryszczykowe zapalenie migdałków, podczas miesiączkowania się wzmagają.

Na zakończenie słów parę o ścisłym związku przyczynowym między laryngo-rynologią z jednej, a otyatryą i okulistyką z drugiej strony. Na związek ten dopiero ostatnimi czasy zaczęto baczną zwracać uwagę. Przekonano się mianowicie, że większość chorób usznych zależy od zmian w nosie, zwłaszcza zaś w jamie nosowo-gardzielowej (wyrośle gruczołowate). Przy tem grają rolę:

1) zaburzenia w przewietrzaniu jamy bębenkowej wskutek zatkania wylotów gardzielowych trąbek Eustachiusza; 2) bezpośrednie rozszerzanie się sprawy chorobowej z jam nosowych, wzgl. nosowo-gardzielowej, na trąbki i ucho środkowe;

3) bezpośrednio przenikanie zarazka chorobotwórczego z wydzieliny nosowej przy nagłem zgęszczeniu powietrza, a więc przy mocnem wycieraniu nosa, kichaniu i t. p., przyczem zwykle w tych razach dochodzi do ropnego zajęcia ucha środkowego; wreszcie 4) czynniki nerwowe (nerwice odruchowe).

Toż samo, jakkolwiek może w mniejszym stopniu, tyczy się i chorób ocznych, co już *a priori* było do przewidzenia wobec anatomicznych stosunków nosa i narządu wzrokowego (naczynia i nerwy ich po większej części z jednego pochodzą pnia). I tu sprawy zapalne *per continuitatem* mogą się rozszerzać na oczy za pośrednictwem przewodu nosowołzowego, który tu odgrywa taką samą rolę, jak trąbki Eustachiusza w cierpieniach usznych. Keller podaje odsetkę 95—97% zmian nosowych w cierpieniach przewodu nosowołzowego. Toż samo u nas Lubliner. Oprócz tej drogi zaburzenia oczne mogą powstawać *per contiguitatem*, mianowicie przy zajęciu zatok bocznych nosa, zwłaszcza sitowych.

W ostatnich czasach Arslan zwrócił uwagę na związek wyrośli gruczołowatych (adenoidalnych) z zaburzeniami ocznemi. Autor ten podaje 16 przyp. różnorodnych cierpień ócz (*kerato conjunctivitis*, *dacryocystitis*, *blepharo-conjunctivitis* etc.), w których nastąpiło wyleczenie cierpienia ocznego po usunięciu wyrośli gruczołowatych.

Wreszcie istnieje cały szereg zaburzeń ocznych pochodzenia zwrotnego (nerwice odruchowe), mających swoje źródło w cierpieniach nosowych.

Wobec ścisłego związku chorób usznych z cierpieniami nosa, oraz jamy nosowo-gardzielowej, oddzielać laryngo-rynologię od otyatryi byłoby obecnie anachronizmem. Kto wie, czy w przyszłości nie wypadnie do tych specyalności dołączyć jeszcze okulistykę, jak to zresztą widzimy już zapoczątkowanem w Ameryce, gdzie istnieją czasopisma i szpitale, poświęcone laryngo-ryno-otologii i okulistyce.

Tyle co do znaczenia laryngo-ryno-otologii dla ogólnej medycyny, oraz co do stosunku chorób nosa, wzgl. nosogardzieli do zaburzeń usznych i ocznych. Rzecz prosta, że dla oszczędzenia miejsca mogłem tu zaledwie uwzględnić najważniejsze cierpienia, w których znajomość chorób nosa, gardzieli, krtani i uszów jest niezbędną dla lekarzy ogólnych. Niestety znajomość ta nie jest jeszcze udziałem szerszego koła lekarzy, co znowu wynika z braku katedr tych przedmiotów na wielu uniwersytetach: w dobie obecnej, gdy specyalności te dosięgły tak znacznego rozwoju, wytworzywszy już kolosalną literaturę i gdy znaczenie ich dla medycyny ogólnej okazuje się tak ważnem, ten brak w niektórych uniwersytetach nauczania laryngologii, rynologii i otyatryi jest poprostu anachronizmem, który jak najprędzej powinien być usunięty i przedmioty te, podobnie jak i inne specyalności, np. okulistyka lub syfilidologia, powinny zdobyć oddzielne katedry na wszystkich uniwersytetach [1].

[1]) Z prawdziwą przyjemnością stwierdzam fakt, że świeżo w Japonii na uniwersytecie w Tokio utworzono taką katedrę, której kierownictwo poruczono znanemu specyaliście prof. Okada.

II. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Radcy dworu Prof. Dr. H. Jordana.

Nowsze metody w leczeniu zachowawczem spraw zapalnych przy- i okołomacicznych.

Podał
Dr. Wiktor Stankiewicz,
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Postępowanie, przyjęte w klinice prof. Jordana, jest następujące: w okresie ostrego procesu zapalnego, obojętnie na jakiem tle zakażenia, ograniczamy się w pierwszym rzędzie do stosowania bezwzględnego spokoju, obok leczenia, wpływającego na poprawę stanu ogólnego i używania środków objawowych, gdyż, zgodnie z Olshausenem (13), brak nam środków dotychczas, którymibyśmy mogli w razie wystąpienia zakażenia powstrzymać sprawę zapalną, — w przeciwieństwie do Pinkusa, który nawet w takim okresie, obok równi pochyłej, poleca ucisk. Doświadczenie bowiem poucza, że nieraz chore, nawet przy nieznacznych niekiedy objawach podrażnienia otrzewnej, jakie wszelkim stanom zapalnym w mniejszym lub większym stopniu towarzyszą, nie są w stanie znieść nawet lekkiego worka z lodem. Co ważniejsza, wszelkie, chociażby najłagodniejsze zabiegi mechaniczne, stosowane w tym okresie, nie tylko utrudniałyby wytwarzanie się, lecz wprost zmierzałyby do niszczenia wału ochronnego, powstającego z wywędrowanych leukocytów, którym przyroda usiłuje odosobnić od otoczenia ognisko, uległe zakażeniu.

W okresie nacieku, — o ile nie przyszło do zropienia, — gdy ścisłe spostrzeganie pod względem klinicznym wykazuje brak przez jakiś czas podwyższenia ciepłoty, zwłaszcza mierzonej pod wieczór, i ustąpienie znaczniejszej bolesności, przystępujemy do stosunkowo najłagodniejszych zabiegów: Obecnie, od roku, stosujemy według Stratza okłady ciepłe na brzuch, posmarowany maścią ichtyolową, jakoteż gorące przestrzykiwania raz dziennie o ciepł. 40°R., z dodatkiem środków rozdzielających, najczęściej płynu Martinowskiego. Osobnych w tym celu wzierników nie używaliśmy, gdyż ciepłotę tego stopnia wszystkie chore przeważnie znosiły, jeśli się tylko dobrze części rodne zewnętrzne waseliną posmarowało.

Metoda ta, jak z przedstawionych 17 klinicznie spostrzeganych przypadków wynika, bardzo skuteczna i stosunkowo szybko do celu prowadzi, — zwłaszcza jeśli idzie o sprawy połogowe, — mniej w razie zakażenia jadem rzeżączkowym. — Poprzednio w takich samych stanach używaliśmy tylko kolumnizacyi, którą, zwłaszcza w przypadkach obecności od zewnątrz wybadalnych oporów, — kombinowaliśmy z zastosowaniem ucisku od strony powłok brzusznych, w postaci worka, wypełnionego piaskiem; rozpoczynając od ciężaru 1 klgr., przez stopniowe podwyższanie dochodziliśmy do obciążenia 3 klgr. Ucisk ten bywał okresowym, to zn., że mniej więcej co 2—3 godziny polecano chorym odstawić worek z piaskiem; bardzo często bowiem mogliśmy się przekonać, że pod względem różnicy w działaniu ucisku trwałego w porównaniu z okresowym, wyniki nie były odmienne, owszem przemawiały za tym ostatnim.

W razie, gdy pacyentka dobrze znosiła tamponadę, bardzo często już po trzechkrotnem zastosowaniu stwierdzić można było nie tylko podmiotową poprawę, lecz i przedmiotową.

Pozzi (16) w swoim podręczniku bardzo trafnie opisuje cel, jaki zamierzał uzyskać wynalazca tej metody: „mechaniczne podniesienie macicy, zwolnienie napięcia więzadeł, zmniejszenie przekrwienia żylnego, (wywołanego nizkiem położeniem narządu); zwolnienie dopływu krwi tętniczej, skutkiem ucisku od zewnątrz; a zatem ustępowanie przekrwienia zapalnego, — podniesienie żywotności tkanek i zdolności usuwania produktów zapalnych“.

Co się tyczy częstości zmiany tamponów, to w kilku pierwszych przypadkach miała ona miejsce co 4 dzień, później jednak co 3, gdyż u chorych, zwłaszcza przychodnich, pod wpływem wszelkiego rodzaju ruchów. — głównie wskutek parcia przy wypróżnianiu się, część tamponów wypadała, a cała kolumna ulegała rozluźnieniu.

Czas trwania leczenia był rozmaity, zależnie w pierwszym rzędzie od tego, czy pacyentka znosi ten sposób leczenia, następnie od rodzaju i stopnia zmian patologicznych; średnio, jeśli po siódmej tamponadzie nie uzyskaliśmy poprawy, czy to przedmiotowej, czy podmiotowej, — to albo przechodziliśmy do stosowania obciążenia zapomocą śrutu, lub też kombinacyi kolumnizacyi z mięsieniem ręcznem, co w niektórych przypadkach okazało się skutecznem. Jeśli stosujemy obciążenie za pomocą śrutu, co ma miejsce przeważnie w przypadkach następstw po przebytem zapaleniu około — i o macicznem, gdzie zatem idzie o przerwanie, względnie naciągnięcie starych zrostów, — to zakładamy go zwykle na noc, na przeciąg około czternastu godzin, celem umożliwienia chorym korzystania przez dzień z ruchu. Przy tej bowiem metodzie pacyentki muszą pozostawać w łóżku, w większej części zatrzymują tamponadę do drugiego dnia; — zdarza się jednak niekiedy, zwłaszcza w razie, gdy pochwa jest zbyt krótka, szpara sromowa skutkiem przedarcia międzykrocza nadto rozwarta, że tamponada wypada przy oddawaniu moczu, lub też innych ruchach.

Pod względem ilości śrutu, — zaczynamy zazwyczaj od 300 grm., a w miarę znoszenia leczenia i rozciągania się pochwy, dochodzimy do 800 grm: w jednym przypadku użyto 1200 grm. bez jakiegokolwiek odziaływania ze strony chorej. Przy obu metodach, zwłaszcza gdy chcemy działać na okolicę tylnego sklepienia, stosujemy równię pochyłą przez podwyższenie jednego końca łóżka o jakie 15—20 ctm., lub podłożenie poduszki pod krzyże chorej, — przez co zarazem odpada do pewnego stopnia część ucisku na kiszkę stolcową.

W razie gdy cierpienie jest jednostronne, n. p. w sprawach zapalnych przydatków, polecamy ułożenie na odpowiedni bok. Działanie lecznicze w tej metodzie objawia się z jednej strony bezpośrednio w mechanicznem rozciąganiu i ucisku, pośrednio następowemi zmianami w krążeniu krwi i limfy, co przyczynia się do szybszego wessania produktów zapalnych. Gdy mimo zachowania jak największej ostrożności w wskazaniach — pacyentka zabiegu nie znosi, co w pierwszym rzędzie objawia się wystąpieniem silniejszych bolów, a niekiedy podwyższeniem ciepłoty, należy tamponadę usunąć, — poczem po pewnej przerwie czasu ponownie zastosować.

Zazwyczaj w takich razach dotyczyło przypadków z obecnością świeżych jeszcze dosyć ognisk ropnych, których poruszenie wywołuje czasami zaostrzenie się sprawy chorobowej. Z drugiej jednak strony nadmienić muszę, że mieliśmy nieraz sposobność spostrzegania przypadków, w których klinicznie, ani też na podstawie poprzedniego przebiegu, ropy stwierdzić nie można było, — a pacyentki znosiły bez najmniejszych dolegliwości nie tylko zwykłą tamponadę, ale i znaczne od zewnątrz obciążenie. Charakterystyczną jednak dla tych przypadków była ta okoliczność, że efekt leczniczy wyżej wymienionych sposobów, stosowanych nawet przez miesiąc, był prawie żaden, tak, że na podstawie tego mogliśmy przystąpić do zabiegu operacyjnego, pewni, że znajdziemy ropę, co też istotnie zawsze miało miejsce. Są to przypadki drobnych bardzo ognisk, otoczonych zbitym wałem tkanki łącznej.

Jak ścisłe w tego rodzaju przypadkach należy zastosować spostrzeganie, bardzo pouczającym jest przypadek Nr. 54, leczony w szpitalu przez zastosowanie kolumnizacyi.

Trzydziestoletnia pacyentka zgłosiła się z powodu bardzo obfitych krwotoków miesiączkowych, połączonych z silnymi bólami w krzyżach; cierpienie to trwa od 7 lat, tj. od ostatniego porodu. Rozpoznano: *Retroflexio uteri fixata, tumor adnexor. sin., adnexitis et periadnexit. dextra.* Zastosowaną tamponadę przez $1^1/_2$ miesiąca zniosła chora bardzo dobrze; nie notowano ani razu podwyższenia ciepłoty, — przyczem zmiany po stronie prawej prawie zupełnie ustąpiły; guz jednak po stronie lewej, — będący konglomeratem jajnika i trąbki, z wielkiem prawdopodobieństwem *pyosalpinx*, — pomimo tak długiego leczenia zaledwie nieco tylko zmalał. Uruchomioną macicę odprowadzono bez żadnej trudności i założono krążek. Na drugi dzień wystąpiły: nieznaczne krwawienie, bóle głowy i podwyższenie ciepłoty do 37·9°, — zresztą stan chorej zupełnie był dobry; — krążek usunięto, a po 11 dniach ponownie go założono; poczem pacyentka nie doznawała najmniejszych dolegliwości i jako czującą się zdrową wypisano z zakładu. W niespełna miesiąc zgłasza się ta sama chora z wypociną okołomaciczną, sięgającą 4 palce ponad spojenie łonowe; ciepłota wynosiła 39°. Zastosowano w ciągu miesiąca leczenie, jak w okresie ostrym, poczem po 14 dniach stanu bezgorączkowego, braku wyraźniejszej bolesności, przystąpiono ponownie do kolumnizacyi, którą i tym razem chora bardzo dobrze znosiła. Po 12 dniach leczenia pokazało się bardzo bolesne miesiączkowanie; zalecono chorej spokój i leki odurzające; ta jednak, nie zważając na polecenia, skoczyła nieostrożnie z łóżka. Nastąpiło natychmiastowe pogorszenie stanu, — silne bóle w podbrzuszu, — a w 3 dni wśród objawów silnego zapalenia otrzewnej życie skończyła. Sekcya wykazała: *Peritonitis universal. purulenta, — ruptura pyosalping. sinistri.*

Uderzająca więc w całym przypadku jest ta okoliczność, iż wśród tak długiego leczenia, które pacyentka dobrze znosiła, guz nie zmalał; mimo, że ze względu na czas trwania zakażenia (cierpienie od siedmiu lat), przypuszczać można było, że będziemy mieli do czynienia z ropą nieszkodliwą. Badania bowiem Kiefera (12) nad jałowością ropy w guzach trąbkowych wykazują, iż mniej więcej w $^3/_4$—1 roku po zakażeniu ropa staje się jałową. (Dok. nast.).

* * *

III. *O obliczu u chorych.*

Podał Dr. J. Fels.

(Ciąg dalszy).

VI. Wyraz twarzy *(habitus)* jest charakterystyczny dla całego szeregu chorób ostrych i przewlekłych. Starsi lekarze używali wyrazu „facies composita“ dla ożywionego wyrazu mimicznego, twarzy rozumnej; — „facies Hippocratica“ czyli „decomposita“, oznacza oblicze nieruchome, zmie-

nione, o rysach zaostrzonych, bezduszne, w stanie nieprzytomności lub agonii. Z twarzy możemy dalej wnioskować o stanie odżywienia chorego. Zdarza się jednak, że twarz jest nie wiele wychudzona, a gdy chory się obnaża, jesteśmy zdumieni stopniem jego wychudnienia. Stosunki takie nie rzadko znachodzimy w gruźliczem zapaleniu opon mózgowych u dzieci. Wychudła i blada twarz w przebiegu ostrej i podostrej choroby zakaźnej ostrzega lekarza, by rokował ostrożnie.

Każdy pozna po twarzy człowieka, cierpiącego na ból zębów; krótkowidz mruży oczy; wzrok osób histerycznych powszechnie jest znany; oddającego się samogwałtowi poznać można po nieśmiałym i trwożliwym wzroku; neurastenika po wzroku lśniącym i inteligentnym wyrazie twarzy. U chorego, nieśmiało wchodzącego, lekarz podejrzywa rzeżączkę lub inną chorobę weneryczną. Szczególnie chory przybiera tę postawę, jeżeli po raz pierwszy go to nieszczęście nawiedzi. Wyraz twarzy głuchoniemego i uważny jego wzrok są tak cechujące, że nie powinny ujść uwagi lekarza.

Gruby nos, często z prieczosami na brzegach, i grube, przerosłe wargi, są znamionami zołzów, a mianowicie nizki wzrost, grube rysy twarzy, nalana ciastowata skóra i podściółka tłuszczowa, ospałość umysłowa, ociężałość w czynnościach cielesnych, wreszcie brzuch wielkich rozmiarów są znamionami t. zw gnuśnej postaci zołzów. Przeciwnie, przy t. zw. kwitnącej postaci zołzów dzieci są delikatnie i słabo zbudowane, zazwyczaj bywają smukłe, posiadają żywy umysł, bystre spojrzenie; oczy mają duże z sinawym odcieniem twardówki. Często stwierdzić można u nich gruczoły zołzowe na karku i szyi. Wyrośle gruczolowate w jamie nosowo-gardłowej nadają dzieciom wejrzenie cechujące; mają one usta zawsze otwarte i osobliwy, głupkowaty wyraz twarzy; przytem nie są w stanie skupić uwagi dłużej na jeden przedmiot, co Guye oznacza mianem „aprosexia". Także polip nosowo-gardzielowy, który powstaje szczególnie u osobników mężkich w wieku pokwitania, nadaje choremu osobliwie głupkowaty i zaspany wyraz. Często u takich chorych powstają obfite krwotoki, twarz zdradza niedokrewność, chorzy oddechają przez otwarte usta, a gdy wypowiedzą jeszcze parę słów, to i po głosie można poznać, że w gardle musi być jakiś obrzęk czy guz.

Przy nagminnem zapaleniu gruczołu przyusznego małżowina uszna jest odsunięta od głowy na zewnątrz przez ciastowaty obrzęk przed i za uchem, a jeżeli oba gruczoły są równocześnie zajęte, powstaje uderzające oszpecenie, które daje chorej twarzy kształt nieco podobny do głowy świni. Ztąd też utarła się nazwa ludowa tej choroby „świnka". Skóra nad obrzękiem zwykle nie jest zaczerwieniona i należy rozróżnić swoistą „parotitis epidemica" od następowych zapaleń gruczołu przyusznego, które przyłączają się do zapaleń w sąsiedztwie, albo występują w następstwie dłużej istniejących ran, w razie uogólnienia się sprawy chorobowej. Nareszcie zdarzają się zapalenia gruczołu przyusznego przerzutowe w przebiegu chorób zakaźnych, n. p. w przebiegu duru, ospy, ostrych osutek i dają one o wiele gorsze rokowanie niż zapal. grucz. przyusznego swoiste. Z łatwością też potrafimy odróżnić zapal. grucz przyusznego od bolączki na dziąsłach *(parulis)*.

Przy obrzęku gruczołów podszczękowych należy myśleć o błonicy. U dorosłych, przy jednostronnym obrzęku gruczołów podszczękowych, należy podejrzywać ropne zapalenie gardła *(angina phlegmonosa)*. Przytem chory taki ma często usta otwarte i ślini się. Obrzękłe gruczoły na karku czasem pochodzą od zawszawienia głowy i następowego wyprysku; słusznie więc postępuje lekarz, gdy i w tym kierunku bada głowę. O chorobie Basedowa należy myśleć wobec wytrzeszczonych gałek ocznych i rozwiniętego wola. Obrzęk śluzakowy *(myxoedema)* powstaje szczególnie na twarzy i rękach Oczy są zwykle na pół przymknięte przez zgrubiałe powieki; policzki i wargi zwisają; nos jest gruby i tępy. Blada twarz z wypiekami jest bez wyrazu i głupkowata, włosy wypadają, paznogcie kruszą się, wszystkie czynności stają się ociężałe i t. d. Obrzęk śluzakowy bardzo łatwo można odróżnić od obrzęku z powodu chorób serca i nerek. Tylko przewlekły naciek twarzy, który niekiedy po kilkakrotnej róży występuje, możnaby łatwo z nim zamienić. Boleśnie skrzywiona twarz i zmrużone oko przemawiają za migreną Przytem źrenica będzie rozszerzona lub zwężona, co zależy od tego, czy napad jest połączony z podrażnieniem. czy z porażeniem nerwu spółczulnego.

Ze znacznej bladości u omdlałych poznajemy niedokrewność mózgu. a z zaczerwienienia twarzy — przekrwienie, a nawet wybroczenie w mózgu lub też ostre zatrucie alkoholem; oddechy dmuchające są cechujące dla udaru mózgowego. a oczy zazwyczaj skierowane bywają nieruchomo w stronę ogniska wybroczynowego; równocześnie jest porażenie nerwu twarzowego. Śpiączkę moczówkowa *(coma diabeticum)* poznajemy po głębokich utrudnionych oddechach (wielkie oddechy Kussmaula). Rzadko występuje ten objaw przy raku i niedokrewności. Wobec obrzękłej twarzy bladej należy myśleć o śpiączce mocznicowej *(coma uraemicum)*, przy której występują często drgawki. Jeżeli u człowieka nieprzytomnego usta są pokryte pianą, to należy myśleć o napadzie padaczkowym lub padaczkowatym (epileptiform); przy prawdziwej padaczce znajdziemy źrenice rozszerzone, nie oddziaływujące, bladość, a potem sinicę twarzy. Należy dokładnie odróżnić twarz spoconą umierającego od twarzy nieprzytomnego. Zdarza się niekiedy, że ktoś nagle na ulicy stanie z twarzą bladą. spoconą, pełną trwogi, i stan taki nasuwa lekarzowi myśl o napadzie dusznicy bolesnej.

U dzieci poznajemy krztusiec z obrzękłych powiek, wybroczyn spojówkowych i jakby nalanej twarzy. U dorosłych wybroczyny spojówkowe zdarzają się również z powodu gwałtownego, kurczowego kaszlu, lub też budzą podejrzenie przebytego nocnego napadu padaczki *(epilepsia nocturna)*. Przy plamicy krwotocznej *(purpura haemorrhagica)* wybroczyny na samej skórze twarzy są wprawdzie rzadsze, ale mogą być policzki obrzękłe i mogą wystąpić wybroczyny na wargach, spojówkach, a nawet krwawienia z nosa i ust, które mogą pozostawić po sobie wyraźne ślady.

Oddechanie, połączone z podnoszeniem skrzydełek nosa, wyraża znaczną duszność. Ostre choroby gorączkowe często są połączone ze sztywnem gorączkowem napęcznieniem twarzy *(turgor febrilis faciei)*, zaczerwienionymi policzkami i lśniącemi oczyma; objaw ten szczególnie widoczny jest w zapaleniu płuc włóknikowem, w którem może się zdarzyć, że zaczerwienienie dotyczy tej strony twarzy, po której jest i zapalenie płuc. Musi też lekarz odróżnić zaczerwienienie chorego ze wstydu, od wszelkiego zaczerwienienia, spowodowanego innego rodzaju wzruszeniem podczas badania.

Mdły i apatyczny wyraz twarzy w przebiegu chorób gorączkowych każe nam rokować ostrożnie. Charakterystyczną jest często twarz chorego na dur, który leży apatycznie, z wyrazem bezmyślnym, często z przymkniętemi oczyma i suchemi popękanemi wargami, pokrytemi czarnym nalotem. W gruźliczem zapaleniu opon mózgowych u dzieci występują już w drugim tygodniu, jako znamiona cechujące, zez zbieżny, zgrzytanie zębami i ruchy żucia, a niekiedy już w tym okresie wyprężenie karku z lekkiem tyłozgięciem głowy. Jeżeli twarz zaczerwieniona w przebiegu ostrego gośćca stawowego nabiera barwy bladej, lekarz powinien natychmiast pomyśleć o ostrem zapaleniu wsierdzia. Przy wadach sercowych zastawek żylnych stwierdzamy na twarzy sinicę, a przy wadach zastawek tętniczych cerę bladą, pergaminową. Lekarz doświadczony poznaje wrodzoną wadę serca z bardzo znacznej sinicy lub z osobliwie bladej twarzy. Przy rozedmie płuc twarz jest sinawa, porysowana rozszerzonemi żyłkami, szyja krótka i gruba. Wężykowaty przebieg tętnic skroniowych przemawia za miażdżycą naczyń, a gdy przy dokładniejszem przypatrywaniu się powiedzie się dostrzedz w tętnicy skroniowej tętno chybkie, to już na

pierwszy rzut oka podejrzywać powinniśmy niedomykalność zastawek aorty.

Lekarz doświadczony łatwo odróżni obrzękłą bladą twarz, towarzyszącą zapaleniu nerek, od twarzy napęczniałej i sinej chorego na niedomogę serca. Lecz także w przewlekłem zapaleniu i skrobiowatem zwyrodnieniu nerek bez puchliny uderza wybladła twarz i mimowoli lekarzowi na pierwszy rzut oka nasuwa się rozpoznanie. Obrzęk powiek, który występuje szczególnie rano, budzi podejrzenie zapalenia nerek: ale objaw ten zdarzyć sie może i przy t. zw. *oedema fugax*, które występuje często u kobiet podczas miesiączkowania, lub też w przebiegu, albo po przebyciu pokrzywki.

Blada, wychudła i zapadła twarz nasuwa myśl o rozwiniętej gruźlicy, a z wyniszczonego wejrzenia zaczerwienionych policzków lekarz wnioskuje o szybko postępującej rozpadowej sprawie w płucach, która wywołuje charakterystyczną gorączkę trawiącą. Jeżeli u chorego na gruźlicę lub próchnienie kości zauważymy bardzo znaczną niedokrewność, a przytem chociaż i nieznaczny obrzęk twarzy, to musimy podejrzywać, że tu rozwija się skrobiowate zwyrodnienie nerek.

Z bladej cery twarzy i widzialnych błon śluzowych poznajemy niedokrewność. W blednicy kobiet cera z początku jest biała, a potem dopiero staje się żółtawo-zielonawa. Przytem małżowiny uszne bardzo przeświecają, jakby ulepione z wosku. Twardówki oka są lśniąco białe. Bywają jednakże chore na blednicę, które dobrze wyglądają, mają rumieńce i dobrze zabarwione błony śluzowe. Jest to t. zw. postać blednicy kwitnącej. Ze stopnia niedokrewności twarzy lekarz wnioskuje o czasie trwania wrzodu żołądka, broczeń krwawnicowych i macicznych. Przy ciężkich uszkodzeniach możemy ze stopnia niedokrewności wnioskować o ilości utraconej krwi. Bardzo charakterystyczną jest twarz chorego na raka żołądka o cerze blado-płowej, przechodzącej w ziemistą. Cera ta występuje nietylko z powodu utraty soków, lecz także jest następstwem dostania się istot rozpadowych raka do krążenia krwi. Także i w daleko posuniętej cukrzycy występuje często osobliwa woskowo-żółta cera. Tak zw. *facies abdominalis* jest cechującą dla nowotworów narządów brzusznych. Twarz, która została opisaną pod nazwą „facies uterina“, T. Spencer Wells, w swojem dziele o chorobach jajników nazwał „facies ovarina.“ Powiada on, że twarz znacznie wychudła tak, iż mięśnie i kości wyzierają z pod zcieńczałej skóry, dalej wyraz cierpienia, zmarszczone czoło, zapadłe oczy, rozwarte nozdrza, wydłużone, ściśnięte wargi i zwisłe kąty ust są cechującym obrazem kobiet, cierpiących na torbiel jajnikowy. Choć nikt z samego obrazu twarzy nie rozpozna torbiela jajnikowego, to przecież ten opis twarzy posiada dla początkującego coś kierowniczego i pouczającego. Lecz i ciężarne, licho odżywione, mają czasem podobny wyraz twarzy. (Dok. nast.).

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. C. Wernicke (Wrocław) **Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen.** Lipsk, 1900 8° str. 676. C. 14 M. — Streścił Prof. Dr. Leon Wachholz.

(Ciąg dalszy).

Wszelkie odruchy rdzeniowe dochodzą z czasem do naszej świadomości jako czucie ruchów (Bewegungsempfindung) i tworzą odpowiednie im obrazy pamięciowe, czyli wyobrażenia ruchów. Każdy odruch musi wywołać szereg różnych czuć, a najpierwej czucie stawu, (*a*), który ma być poruszonym. Czucie stawu łączy się znowu z pewnem czuciem skóry (*c*), ponieważ przy zgięciu skóra po stronie zginaczy się kurczy, po stronie mięśni wyprostnych się rozszerza. Tak więc *a* pozostaje względem *c* w stałym stosunku. Przy ruchu działają także i mięśnie, zatem ruch musi wywołać także czucie odpowiednich mięśni (*m*). Stosunek tych czuć t. j. $a:c:m$ stanowi nam czucie położenia, jego obraz pamięciowy zaś wyobrażenie położenia, które musi powstać także i wtedy, gdy ruch odpowiedni będzie wykonany w sposób bierny. Zatem czucie i wyobrażenie położenia nie jest zależne wyłącznie od odruchu. Badanie w kierunku czucia położenia podejmujemy w ten sposób, że nadajemy członkom badanego pewne położenie i polecamy mu potem je określić, albo w sposób czynny je wytworzyć. Czucie ruchu (*r*) wytwarza odruch, sprowadzający czucie położenia.

Przyjąwszy czucie komórki zwojowej, wysyłającej bodziec do skurczu mięśnia jako *z*, to *z* pozostaje w pewnym stałym stosunku do pewnych czuć, wywołanych w mięśniu (*m*) pod wpływem skurczu. Jeżeli wreszcie sygnał, dochodzący do naszej świadomości z bodźca do ruchu, tj. czucie inerwacyi oznaczymy przez *i*, to $i = z:m$. Czucie ruchu *r* zawiera w sobie oba składniki odruchu, tj. tak czucie inerwacyi, jak i położenia, które również pozostają w stałym stosunku, tj. $r = i:p$ (czucie położ.). Czucie ruchów, doszedłszy do naszej świadomości, stwarza wyobrażenie ruchów, które składa się z pamięciowych obrazów odruchów zbornych. Różnicę między odruchem a ruchem samoistnym przedstawi najlepiej przykład: ukłócie podeszwy szpilką wywołuje odruch, polegający na zgięciu kończyny dolnej we wszystkich trzech stawach, by ją od szpilki oddalić; jeżeli zaś nogę cofamy na sam widok szpilki, zbliżanej ku podeszwie, to wykonujemy ruch samoistny. Tak więc ruchy samoistne stanowią oddziaływanie na bodźce świata zewnętrznego, które wywołuje obraz pamięciowy. W istocie największa część ruchów samoistnych łączy się ściśle z bodźcami świata zewnętrznego, choć w danej chwili tylko obraz pamięciowy bodźca wystarcza, by ruch taki wywołać.

Na czucie dotyku (*d*) pewnego przedmiotu składa się czucie skóry (*c*) i czucie ruchów (*r*), t j. czucie skurczów mięśniowych, potrzebnych do odczucia ucisku, wywartego przez przedmiot dotykany ($d = c + r$). Obraz pamięciowy, czyli wyobrażenie dotyku, składa się zatem z obrazów pamięciowych czucia skórnego, skojarzonych z wyobrażeniami ruchów członków, które się dotykają. Z tego dochodzimy do wniosku, że nawet i te motoryczne obrazy pamięciowe wchodzą w skład świadomości cielesności, czyli że zmiany cielesności powiadamiają nas o świecie zewnętrznym. Ten sam związek między światem zewnętrznym a cielesnością wykazują nam wszystkie ruchy samoistne, którymi posługujemy się do opanowania świata zewnętrznego (ruchy zaczepne Meynerta), np. ruchy, którymi z trudem zdobywamy sobie pewną biegłość techniczną w sztukach lub w prostych czynnościach, jak mowie, chodzeniu itd.

Podobnie jak zmysł dotyku działają także zmysł wzroku i słuchu. Motoryczne obrazy pamięciowe dla ruchów gałki ocznej, potrzebne by wzrokiem dotknąć niejako tych przedmiotów, których dotykamy się palcami, kojarzą się z wyobrażeniami dotykowemi i tworzą dopiero teraz pełny obraz pamięciowy wzrokowy. Tak więc wyobrażenia dotykowe łączą się z wyobrażeniami wzrokowemi. Ruchy zaś mowy są niejako ruchami dotykowymi, których wyobrażenia łączą się z wyobrażeniami słuchowemi.

Dowodem wyższego duchowego rozwoju człowieka jest świadomość jego osobowości czyli indywidualności, która wskazuje dopiero, że człowiek jest świadomy i przytomny. Polega ona na wytworzeniu się w człowieku jego jaźni, a obejmuje w sobie wszystko to, co stanowi umysłowy dorobek człowieka, tj. wszystko, co od pierwszych chwil swego życia przez wychowanie, naukę i kształcenie nabywa w duchowe posiadanie. I tak otoczenie, w którem człowiek wzrasta, stwarza właściwości charakteru, jeden czynnik składowy tej świadomości. Sposób wyrażania się, zależny od stopnia wykształcenia, jest także składnikiem tej świadomości; zmiana jego, zachodząca u obłąkanych, dowodzi zmiany ich duchowej osobowości. Suma nabytych wiadomości wcho-

dzi również w jej skład, a bywa ta suma u ludzi jakościowo i ilościowo różną, jakościowo o tyle, o ile wiadomości te są nie zawsze ze sobą zespolone, n. p. u dzieci, które wiadomości nabywane sumują bez związku. Wreszcie składnikami tej świadomości są zdarzenia i doświadczenia życiowe człowieka, jego zajęcia, stosunek do rodziny i otoczenia. Dlatego to obłąkany, nie mający świadomości swej choroby, wraca z tą chwilą do zdrowia umysłowego, gdy zyskuje świadomość przebytej choroby.

Świadomość swej osoby zależna jest od poprzednio omówionych świadomości świata zewnętrznego i cielesności, gdyż tylko przy ich współudziale się wytwarza, dlatego też można ją określić jako funkcyę dwóch poprzednich świadomości. Określenie to zyskuje jeszcze więcej na znaczeniu, jeżeli wrażenia pochodzące z otoczenia socyalnego zaliczymy do wrażeń świata zewnętrznego. Zrozumiałem się bowiem wtedy wyda, że jednostki, wzrastające w środowisku etycznem, będą etyczne w środowisku zaś zbrodniczem będą zbrodnicze, wobec czego dla wyjaśnienia natury zbrodniczej tylko wtedy sięgniemy do przyjęcia chorobowego stanu umysłu tj. zwyrodnienia moralnego (moral insanity), gdy dany zbrodniarz stał się nim mimo, iż wzrastał i rozwijał się w otoczeniu etycznem. Stanowisko, jakie człowiek zamyśla zająć w społeczeństwie, zależy od świadomości siebie, która, jeżeli jest chorobowo zboczoną, stwarza objawy urojeń wielkości, małości itd.

Świadomość własnej osoby nie daje się na sposób poprzednich zlokalizować w układy rzutowe, że jednak i ona musi mieć pewną lokalizacyę w pierwiastkach mózgowych, stwierdza to doświadczenie kliniczne, które poucza, że pewne psychozy uszkadzają tylko świadomość osoby, inne świadomość świata lub cielesności. Inne znowu psychozy niweczą tylko pewne obszary świadomości własnej osoby np. pamięć zdarzeń od pewnego okresu życia, podczas gdy pamięć zdarzeń, poprzedzających ten okres (pamięć lat dziecinnych u starców), jest zachowana. To zniszczenie tylko pewnych czasowo od reszty odgraniczonych wyobrażeń wskazuje na to, że wyobrażenia nasze układają się w korze warstwowo, przyczem czasowo najpóźniejsze stanowią najzewnętrzniejszą warstwę, analogicznie do uwarstwienia pokładów ziemi. Zarazem tłómaczy się zanik wyobrażeń, które najpóźniej zdobyto, tem, że nie miały one jeszcze czasu spotężnieć i utrwalić się przez częstą funkcyę, t. j. częste wywoływanie ich w pamięci.

Świadomość osobowości stanowi tedy najwyższą zdolność mózgu, która jako zjawisko świadomości samego siebie uchodziła po wszystkie czasy za nieodgadnioną zagadkę. Jest zaś ona tem niezwykłą, że sama siebie nie dostrzega, lecz dostrzega tylko tę osobowość, która była przed kilku chwilami, przed godzinami, latami itd. To też polega to na złudzeniu samego siebie, jeżeli się mniema, że się pozostało tym samym.

Pamięć stanowi zdolność pierwiastków nerwowych doznawania trwałych zmian pod wpływem chwilowych podniet, zatem zjawisko analogiczne n. p. z tem, na którem polega przyswojenie sobie przez stal siły magnetycznej. Czynność myślenia zależną jest od posiadania dawno zdobytych, a w pewien sposób uporządkowanych wyobrażeń, czyli przedstawia ona zwykle powtarzanie się tych samych stanów pobudliwości i w tym samym porządku, w jakim już poprzednio nieraz się zjawiały. Ten porządek, ujawniający się w prawidłowej czynności myślenia, tłómaczy się tem, że wyobrażenia są ze sobą w pewien sposób skojarzone i to u wszystkich ludzi w przybliżeniu w jeden i ten sam sposób. Główny środek do uzyskania pewnego porządku w wyobrażeniach stanowi mowa, dzięki której zyskujemy po części pewne zawilsze skojarzenia, stanowiące pojęcia oderwane, czyli abstrakcyjne, oraz dzięki której uczymy się działać całemi grupami wyobrażeń i wyrażać stany osobowości, znane każdemu z nas z doświadczenia, jak miłość, nienawiść i inne afekty. Mowa jest więc tym środkiem, który układa wszystkie wyobrażenia raz na zawsze w stały porządek.

Czynność myślenia, równająca się ruchowi psychofizycznemu Fechnera, może być uważana za ruch, wywołany podnietą, zjawiający się między ośrodkiem pojęcia zasadniczego *(A)*, a ośrodkiem pojęcia celowego *(Z)*, z tą tylko odmianą, że ten ruch nie zjawia się tylko w pewnej drodze nerwowej, lecz we wszystkich tych ośrodkach i drogach całego układu, które odpowiadają różnym, dawniej nabytym skojarzeniom. Czynność myślenia jest do pewnego stopnia ograniczona, albowiem tak samo, jak w jednostce czasu nie możemy dwóch rzeczy dostrzegać, lub je wykonywać, tak samo nie możemy w jednostce czasu równocześnie o dwóch rzeczach myśleć. Właściwość tę zowiemy jednolitością lub cieśnią świadomości. Tę jednolitą czynność nazywamy w codziennem życiu uwagą, jeżeli idzie o akt myślenia lub spostrzegania, — wolą, gdy chodzi o czynności lub o przebieg kojarzenia. Zarazem zauważamy, że im usilniejszą jest uwaga nasza przy myśleniu lub spostrzeganiu, n. p. wpatrywaniu się w dzieło sztuki, tem bardziej cichnie i przytłumia się w nas świadomość świata zewnętrznego, cielesności i reszty naszej osoby. Dzięki uwadze zdobywamy sobie coraz to nowe wyobrażenia, przyczem nazywamy właściwość utwierdzania wrażeń w pamięci zdolnością zapamiętania. Upośledzenie lub zniesienie tej zdolności może polegać na obniżeniu uwagi. Podobny stosunek, jak między uwagą a zdolnością zapamiętania, zachodzi między tą ostatnią a zdolnością przypominania. Jeżeli zdolność zapamiętania jest w pewnej chwili obniżona lub zniesiona, to tem samem upośledzoną lub zniesioną jest zdolność przypominania, czyli istnieje wówczas niepamięć zajść *(amnesia)* z czasów zniesionej zdolności zapamiętania. Wyjątek w tym względzie stanowi tylko niepamięć wsteczna *(amnesia retroactiva)*, dotycząca zajść z czasu, w którym istniała prawidłowa zdolność zapamiętania. Upośledzenia świadomości aż do bezprzytomności zwiemy zajęciem czucia ogólnego (sensoryum) z poddziałami, jak sennością, śpiączką *(somnolentia, coma)*. U obłąkanych jednak spotykamy rzadko wybitne zajęcie sensoryum, często natomiast upośledzenie uwagi i zdolności zapamiętania.

Na przebieg czynności myślenia mają wybitny wpływ wzruszenia umysłu, czyli afekty, dla których, równie jak dla bólu, niepodobna podać określenia. Co do bólu, to wiemy, że jest przeciwieństwem uczucia przyjemnego, że powstaje on pod wpływem bodźców silnych, uszkadzających nerwy, że jest afekcyą szarej substancyi rdzenia. Jest on zarazem pewnym sygnałem, danym żywym istotom, aby mogły unikać takich szkodliwości, które zagrażają szkodą układowi nerwowemu. To samo znaczenie, jakie mają ból i przyjemne uczucie w obrębie rdzeniowym, przypada w udziale afektom w narządzie świadomości, tylko że tu zjawisko afektu nie rozgrywa się wyłącznie w szarej substancyi. To, co dla świadomości własnej osoby jest korzystne, sprawia afekt miły, co zaś jej szkodliwe, — afekt przykry. Silne poruszenie umysłu zwiemy afektem, mierne nastrojem. W prawidłowych warunkach towarzyszy czynności myślenia, czyli wszystkim zawiłym sprawom kojarzenia, pewien umiarkowany co do natężenia afekt, nazwany przez Griesingera napięciem psychicznem *(tonus)*. Ten równomierny, w miarę podniosły nastrój, jako też i inne na wodzy utrzymane afekty zdrowego człowieka nie upośledzają jego czynności myślenia. Tę równomiernie spokojną czynność myślenia zwiemy stanem zastanowienia się. W chwili silnych i nagłych afektów ginie zastanowienie, wyobrażenia kojarzą się nie wedle właściwego porządku, lecz podług jednostronnie dominujących wyobrażeń, które w chwilach wolnych od afektu znalazłyby zrównoważenie w wyobrażeniach im przeciwnych. W tym stanie może nawet nastąpić zastanowienie czynności myślenia. Stan ten zowiemy stanem braku opamiętania.

Ponieważ każdej czynności myślenia towarzyszy w warunkach prawidłowych pewien umiarkowany afekt, już to przyjemny, już też przykry, przeto znajdziemy w umyśle

każdego człowieka pewną grupę wyobrażeń, którym stale towarzyszy silny afekt przyjemny, obok innej grupy wyobrażeń, której znowu towarzyszy silny afekt przykry. Łatwość pobudliwości pewnych grup wyobrażeń, oraz łatwość ich odtworzenia zależy także od tego, czy one częściej czy rzadziej się wyłaniały. Dwa te warunki uwidaczniają się szczególnie wówczas, gdy idzie o grupy wyobrażeń, czyli myśli, mających stanowić bodziec do działania. Otóż w tem pojęciu rozumiemy przez prawidłową wartość wyobrażeń *(Normalwerthigkeit)* posiadanie przez każdego człowieka wyobrażeń, między sobą różnych tak co do towarzyszącego im afektu, jak i łatwości ich odtwarzania; skutkiem tej różnorodnej wartości posiadanych wyobrażeń zyskuje treść świadomości osoby pewną rozmaitość i indywidualny koloryt. Ta różnorodność wyobrażeń stwarza rozmaitość charakterów, których działanie w danych warunkach zawisło od ich różnorodnych wyobrażeń. Te wyobrażenia, które w tych warunkach stają się motywami działania, zatem wyobrażenia nadwartościowe *(überwerthige Vorstellungen)* nie dają się pokonać wyobrażeniom, pozostającym z nimi w przeciwieństwie i ztąd stają się bezwarunkowem założeniem działania. Tak więc pojęcie czci, wstydu i t. p. są motywami kierowniczymi w działaniu jednostek etycznych. Jeżeli od czynności świadomości domagamy się, by się w niej uwidoczniała prawidłowa wartość wyobrażeń, to w stanach obłąkania spotykamy częste w tym względzie zboczenia. (C. d n.)

V. Wyciągi.

Cramer: **O wgnieceniu przodującej główki w położeniu Walcherowskim przy zwieszonych nogach.** *(Münch. med. Wochenschr.* Nr. 2, 1901). Przy ułożeniu rodzącej w pozycyi Walcherowskiej główka daje się w uśpieniu przepchnąć do miednicy małej. Najlepiej jest uciskać albo dłoniami, albo pięściami z góry ku dołowi, z siłą 70—90 kilogr.; największy ucisk należy wywierać na tyłogłowie, jako największą część czaszki, która najtrudniej przechodzi przez miednicę. Przy przodowaniu kości bocznej przedniej należy uciskać od przodu ku tyłowi; przy przodowaniu kości bocznej tylnej — odwrotnie, największy ucisk wywierać od tyłu.

Druga osoba powinna kontrolować przez pochwę skutek ucisku; jeżeli niema kto kontrolować, to pokryć powłoki kompresem, zamaczanym w rozczynie sublimatu i ucisk wywierać rękami czystemi; — tak więc w każdej chwili ręce będą gotowe do kontroli. Jeżeli główkę udało się wepchnąć do miednicy małej, należy poród ukończyć kleszczami, aby nie czekając na bóle parte po uśpieniu, zapobiedz obumarciu płodu.

Przy wykonywaniu tego ucisku nie zagraża matce żadne niebezpieczeństwo; jest ono w każdym razie mniejsze od niebezpieczeństwa przy operacyach, które się przy tego rodzaju ścieśnionych miednicach wykonuje, jak kleszcze wysokie, wymóżdżenie, cięcie łonowe, lub cięcie cesarskie. Uciskając na dolny odcinek macicy, chociażby silnie rozciągnięty i to ze znaczną siłą, gnieciemy wprawdzie ścianę macicy, główny jednak ucisk wywieramy zapomocą główki na miednicę; w miarę wtłaczania główki do miednicy małej i do pochwy zmniejszamy pojemność macicy, a więc i usuwamy niebezpieczeństwo pęknięcia. Dla dziecka niebezpieczeństwo jest takie samo, jak przy zakładaniu kleszczy wysokich, t. j. zgniecenie częściowe czaszki. Wgniatanie to należy robić tam, gdzie mamy rozstrzygnąć, czy główka może się urodzić drogą prawidłową. Jeżeli wgniatanie nieda żadnego wyniku, tam i kleszcze wysokie będą bezskuteczne, a więc i płód żywy drogą prawidłową urodzić się nie może. *P.*

Prof. Gaertner (Jena). **Usuwanie odpływów miejskich.** *(Berl. klin. Wochs.* 1901, Nr. 7, 8). Odpływy miejskie (Abwässer) składające się z pomyj kuchennych, odpływów fabrycznych, wód kloacznych i ścieków ulicznych tj. wody deszczowej, wynoszą na dobę i głowę średnio 150 litrów dziennie, czyli 54·75 metrów sześciennych rocznie. Jeżeli odpływów tych nie usuwa się dość szybko, to przesiąkając w grunt wywołują one znaczne jego zawilgocenie i zanieczyszczenie, ułatwiając niepomiernie rozwój drobnoustrojów, które z nimi do gruntu się dostają, a niejednokrotnie są chorobotwórcze. Odźwierciedla się to w znacznej śmiertelności z chorób zakaźnych. Przed zaprowadzeniem statystyk tych chorób zauważono już, że odpływy miejskie zawilgacają grunt i stąd oddawna starano się je usunąć zapomocą budowy ścieków i kanałów, wogóle jednak dowolnej i nieracyonalnej. W wielu jeszcze miastach niemieckich istnieją takie nieregularne kanały, stawiane bez planu, z podoszwą przepuszczalną, a więc znakomicie grunt zanieczyszczające. W Niemczech pierwszy Hamburg w r. 1842 zaprowadził u siebie racyonalną kanalizacyę, za nim poszła Altona i Frankfurt; Gdańsk pierwszy w r. 1871 kanały swoje wyprowadził na pola irygacyjne. Upłynęło jednak lat przeszło dwadzieścia, zanim dobre te przykłady pociągnęły w Niemczech szersze naśladownictwo, przyczem uczono się racyonalnej kanalizacyi od inżynierów angielskich. W Anglii sprawa ta znacznie dawniej została załatwioną i to nietylko co do odprowadzenia odpływów poza miasto, ale i co do dalszego ich usunięcia. Tam jednak powszechnie przyjęło się wpuszczanie kanałów do rzek i strumieni, które wywołało w następstwie niesłychane zanieczyszczenie wód płynących, chociaż już od końca 18go wieku znano w Anglii system pól irygacyjnych. Pouczeni smutnem doświadczeniem Anglików, wzięli się Niemcy do zakładania takich pól których działanie polega naprzód na odsączeniu cząstek, w odpływach zawieszonych, a następnie na utlenieniu zawieszonych i rozpuszczonych substancyi, jak organicznych związków węgla na kwas węglowy, azotu organicznego pochodzenia na kwas azotowy, siarki na kwas siarkowy, skąd potem bierze pokarm, przynajmniej częściowo, roślinność pól irygacyjnych. Władze rządowe pruskie, oparte na zdaniu tzw. „naukowej deputacyi zdrowotnej“, konsekwentnie zakazywały wpuszczania wód kanałowych do rzek, popierając zakładanie pól irygacyjnych, a nie uwzględniając uchwał niemieckiego Towarzystwa higienicznego, które za wpływem interesowanych ekonomicznie miast, nie chcących zaprowadzać kosztownych pól irygacyjnych, zapędziło się zadaleko, zaznaczając wielokrotnie, że wprawdzie najlepszym systemem są pola irygacyjne, że jednak wpuszczania kanałów do rzek zakazywać należy tylko wyjątkowo.

Z czasem złagodziło Tow. higieniczne swoje zdanie, władze zaś również porzuciły stanowisko nieprzejednane, dozwalając na wpuszczanie kanałów do rzek tam, gdzie stwierdzono dostateczne samoodkażanie się (Selbstreinigung) wód rzecznych. Tymczasem w Anglii zabrano się energicznie do poprawy złego i zmuszono miasta do zaprowadzenia pól irygacyjnych. W wielu miejscach jednak pola te z powodu braku odpowiednich przestrzeni były za małe, nie działały dobrze i dlatego zwrócono się do chemicznych i mechanicznych sposobów klarowania wód kanałowych. W ten sposób oczyszczone wody dopiero wpuszczano do rzek; jeżeli oczyszczenie nie było dostateczne, przeprowadzono je przed wpuszczeniem do rzek jeszcze przez pola irygacyjne. W Niemczech pierwszy Frankfurt n. M. zaprowadził w r. 1887 klarowanie, a zarazem i odkażanie swych wód kanałowych zapomocą wapna i ałunu. Na czysto mechaniczne klarowanie nie dozwoliły tam władze sanitarne państwowe.

Za przykładem Frankfurtu poszło kilka innych miast, nie posiadających pól irygacyjnych. Najbardziej rozpowszechnione jest klarowanie sposobem Röckner-Rothego, oparte na zasadzie filtrowania i zastosowaniu wapna. Klarowanie z pomocą środków chemicznych usuwa z wód kanałowych cząstki w nich zawieszone, natomiast prawie nie wpływa na substancye, rozpuszczone w tych wodach. Pod działaniem wapna nie zmniejsza się ani ilość substancyi organicznych, ani azotu; pod tym względem od sposobów chemicznych nie jest gorsze prosto mechaniczne osadzanie, zastosowane dostatecznie długo. Natomiast posiada klarowanie chemiczne wyższość nad mechanicznem pod względem bakteryologicznym, użyte środki bowiem albo wprost niszczą bakterye lub otaczają je i zabierają ze sobą na dno osadników. Pozostający po klarowaniu szlam jest dla rolnictwa bezpożyteczny; stąd usunięcie go z zakładów, klarujących wody kanałowe, jest zdaniem niełatwem. Oprócz tego jednak okazały się w klarowaniu inne niedogodności: dodatek wapna w nadmiarze, stosowany w celu niszczenia bakteryi, wywoływał strącanie się węglanu wapniowego w rzekach, do których klarowane wody wpuszczano, i tworzenie się ławic, w których gniły spłókane z węglanami substancye organiczne; przytem klarowanie jest drogie. Z tego powodu ograniczono dodawanie środków chemicznej do koniecznego „minimum“, a klarowanie tylko do tych odpływów, które go koniecznie wymagały. Stąd powstał system rozdzielania odpływów, t. j. zbierania wód kloacznych i domowych w jedną, a wód deszczowych w drugą, odrębną sieć kanałową. Pierwsze klarowano, drugie wpuszczano wprost do rzek. System ten zastosowano z powodzeniem na szerszą skalę w Anglii i w Ameryce. W Niemczech nie dość się on jeszcze rozpowszechnił. Niedogodności i kosztowność pól irygacyjnych i zakładów klarowania zwróciły tymczasem uwagę znowu na wpuszczanie nieoczyszczonych wód kanałowych do rzek, przyczem liczono na własność rzek samoodkażania się (Selbstreinigung). Wielkie wątpliwości, jakie pod tem względem wzbudziła epidemia cholery w Hamburgu, ustały z chwilą wykaza-

nia, że cholera szerzy się wprawdzie wzdłuż rzek, jednak nie zawsze z ich biegiem, lecz najczęściej przeciw biegowi: najczęstszym przenośnikiem zarazy okazała się więc nie woda rzeczna, lecz ludność nadbrzeżna. Ostatecznie ustaliło się zdanie, że wpuszczanie wód kanałowych do rzek jest dopuszczalne, jeżeli ludność nadbrzeżna nie używa wody rzecznej w tej części biegu, gdzie woda jeszcze się nie oczyściła i jeżeli w korycie nie osadzają się ławice szlamowe. W r. 1892 poraz pierwszy dozwolono w Niemczech miastu Monachium na wpuszczenie wód kanałowych do Izary. Oczywiście pozwoleń takich odmawiano i nadal tam, gdzie na samoodkażanie się wody rzecznej liczyć nie można. W każdym razie wymagać należy, aby wody, wpuszczane do rzek, były oczyszczone z grubych zanieczyszczeń, co uzyskać można zapomocą osadzania w odpowiednich osadnikach. Nie należy też zapominać o tem, że dur brzuszny szerzy się napewno z biegiem rzek, a niekiedy szerzy się tak i cholera, dlatego wpuszczanie wód kanałowych do rzek tam tylko powinno być dozwolone, gdzie na dużej przestrzeni poniżej miasta nikt wody rzecznej nie używa. Odkażania wód kanałowych można zaniechać, z wyjątkiem okresów panujących w mieście epidemij. Wówczas odkażenie należy wykonywać już po oczyszczeniu wód z grubsza, najlepiej zapomocą chlorku wapna (1 kg. na 15 m. sz. przez 2 godziny). Gdzie nie można dozwolić na wpuszczanie bezpośrednie wód kanałowych do rzek, tam pozostaje wybór między polami irygacyjnemi i klarowaniem, którego wiele ulepszonych sposobów podano w czasach ostatnich. *Z.*

Dr. Eitelberg (Wiedeń). **Przyczynek do zachowawczego i chirurgicznego leczenia przewlekłego zapalenia ropnego ucha środkowego.** (*Wiener med. Presse*, Nr. 52 i 53, 1900). Na podstawie dwóch dokładnie spostrzeganych i opisanych przypadków określa autor swoje stanowisko w sprawie wskazań do operacyi otwarcia wyrostka sutkowego. Wykazując, jak często przypadki, pozornie się nadające do zabiegu chirurgicznego i nawet do niego już przeznaczone, przecież zostały wyleczone drogą zachowawczą, występuje E. przeciw polypragmazyi pewnych otyatrów, którzy po krótkiej praktyce, przy małem jeszcze doświadczeniu, chcą wyrobić sobie sławę przez ogłoszenie licznych, przez się wykonanych „operacyj radykalnych". „Każde ropienie uszne ma być poddane umiejętnemu leczeniu; nie wolno jednak strzelać na wróble z dział i dla przypuszczalnych obaw w przyszłości niszczyć to, co jeszcze posiada teraźniejszość". Trepanacya wyrostka sutkowego bynajmniej nie jest zabiegiem obojętnym nawet w naszych czasach, by ją wykonywano bez koniecznej, nieodzownej potrzeby, a już samo uśpienie i obrabianie przez dłuższy czas czaszki młotkiem nie są zawsze wolne od nieprzyjemnych następstw, na które wolno człowieka narazić tylko wtenczas, kiedy idzie o ocalenie zagrożonego życia. *Spira.*

Japha (Berlin). **Leukocyty w przebiegu chorób narządu trawienia u osesków.** (*Jahrbuch f. Kinderheilkunde*, T. 53, Zeszyt II). Na podstawie badań, wykonanych na większej liczbie osesków, dochodzi autor do następujących wniosków: 1) Opisywana przez niektórych autorów limfocytoza w przebiegu chorób jelitowych u osesków nie istnieje. W przebiegu żadnej z chorób jelit liczba limfocytów przeciętnie nie przekracza liczby limfocytów, znajdowanej u osesków zdrowych. Prawdą jest, że u osesków zdrowych znajdujemy znacznie więcej limfocytów, aniżeli u osób dorosłych. 2) Rozróżnianie chorób jelitowych u osesków przez oznaczenie stosunku zawartości ciałek białych jest niemożliwe, gdyż żadna z chorób jelit nie posiada właściwej sobie liczby ciałek białych. 3) Wśród pewnych warunków w przebiegu chorób jelit u osesków zauważono leukocytozę wielojądrzastą, która jest objawem zatrucia jadem gnilnym lub toksynami prątków chorobotwórczych i świadczy o ciężkiem schorzeniu; rokowanie nie jest atoli zupełnie niepomyślne. *Jan Landau.*

Kimla i Scherer (Praga). **O wrodzonych, niezapalnych zwężeniach prawego ujścia tętniczego, spowodowanych przez nieprawidłowość w rozwoju zastawek półksiężycowatych tętnicy płucnej.** (*Jahrbuch f. Kinderheilkunde*, T. 53, Zeszyt II). Na podstawie protokołu sekcyjnego u dziecka jedenastomiesięcznego, u którego rozpoznanie kliniczne brzmiało: *Bronchopneumonia bilateralis, stenosis et insufficientia ostii arteriosi dextri,* a sekcya wykazała zgrubienie zastawek półksiężycowatych tętnicy płucnej, niedomykalność i zwężenie prawego ujścia tętniczego, znaczny przerost warstwy mięsnej komory prawej, oraz na podstawie badania histologicznego autorzy dochodzą do następujących wniosków: 1) Zwężenia wrodzone prawego ujścia tętniczego, spowodowane przez zgrubienie i nieporuszalność zastawek półksiężycowatych, nie muszą zawsze być następstwem zapalenia śródsierdzia w czasie życia płodowego; w niektórych przypadkach może chodzić o zwykłą nieprawidłowość rozwojową. Należy przeto wszystkie przypadki, kończące się śmiercią, badać histologicznie. 2) Przy przeroście prawego serca, powstałym w następstwie wrodzonego zwężenia prawego ujścia tętniczego, stłumienie serca u dzieci powiększa się ku stronie lewej, gdyż serce w takich przypadkach zachowuje położenie płodowe. 3) Szmery niedokrewne w sercu mogą u noworodków powstać po krwotokach: wywiady tu odgrywają ważną rolę. 4) Pojawiające się przy wrodzonych wadach serca sine zabarwienie skóry i błon śluzowych może być zmniejszone przez zabarwienie żółtaczkowe lub zabarwienie czerwono-fiołkowe w przebiegu ogólnego zakażenia. *Jan Landau.*

H. H. Young. **Nowy sposób wyłuszczania pęcherzyków nasiennych i ich przewodów, wypróbowany na dwóch chorych.** (*Archiv Langenbecka*, T. 62, Z. 3). Autor jest zwolennikiem bardzo radykalnych operacyj wobec gruźlicy narządu płciowego. Droga przez kość krzyżową lub międzykrocze wydaje mu się mało wygodną. Więc też na dwóch swych chorych zastósował nową metodę. Polega ona na tem, że przecina się powłoki brzuszne w linii środkowej od spojenia łonowego aż do pępka; tu dodaje się jeszcze cięcie poprzeczne, nie przecina jednak otrzewnej, którą na tępo odłuszcza z pęcherza aż do zatoki Douglasa; odsłania się tylną ścianę i dno pęcherza, wyłuszcza dokładnie pęcherzyki i przewody nasienne, nadciąwszy (od wewnątrz) otwór wewnętrzny przewodu pachwinowego, wciąga przezeń jądra z moszen i tak w dalszym ciągu wydala schorzały narząd. Gdy potrzeba, otwiera się pęcherz, wycina i wyskrobuje ściany, zajęte gruźlicą; tak samo w potrzebie postępuje z gruczołem krokowym. Dwóch jego chorych (ale amerykanów!) wytrzymało nawet taką operacyę! *Herman.*

Leven-Elberfeld. **Olejek terpentynowy w chorobach grzybkowych skóry, a w szczególności w łupieżu pstrym i liszaju wyłysiającym.** (*Monatshefte f. praktische Dermatologie*, Nr. 4, 1901). Autor przyznaje, że zalecony przez niego lek w chorobach grzybkowych skóry już stósowano (Lucke, Saalfeld), jednak nie znalazł on takiego rozpowszechnienia, na jakie zasługuje. Używał go z wynikiem bardzo dobrym w łupieżu pstrym i liszaju wyłysiającym plamistym. Zapomocą wacika, napojonego olejkiem terpentynowym, naciera się przez 5 minut codziennie chorobowe ogniska; jeśli zmiany są na bardzo wielkiej przestrzeni, naciera się tylko ograniczone przestrzenie, aby uniknąć nieprzyjemnego ubocznego działania leku. W liszaju wyłysiającym pęcherzykowatym, który tak często występuje na twarzy po goleniu, używa autor leku w ten sposób, że napaja nim wełniane płatki, większe nieco od ognisk chorobowych i przykłada je na miejsca chore, zmieniając je rano i na noc. Skutkiem ciągłego działania olejku terpentynowego oddzielają się powierzchowne warstwy naskórka, zazwyczaj już w kilka dni i powstaje zapalenie ostre sączące (*Dermatitis acuta madidans*), które choremu sprawia pieczenie przy dalszem używaniu leku. Należy wtedy leczenia olejkiem zaprzestać, a użyć maści obojętnej i pudru. Nawroty choroby przy takim sposobie leczenia nie występowały.

W innych chorobach skóry, polegających na tle pasorzytniczem (*Eczema mycoticum, favus*) leku tego autor nie używał, ale radzi wypróbować go na odpowiednich przypadkach. *Dr. Żydłowicz.*

E. Adler. **O przemijającej cukrzycy w jednym przypadku ostrego zatrucia morfiną.** (*Prager med. Wochenschrift*, XXV, Nr. 29, 1900). A. opisuje przypadek z kliniki prof. Jakscha w Pradze, dotyczący 20-letniej chorej, która zażyła około 10 $ctm.^3$ pięcioprocentowego roztworu morfiny. Obok objawów ostrego zatrucia morfiną: swędzenia, zwężenia źrenic, osłabienia serca, nieregularnego oddechu i obniżenia ciepłoty ciała poniżej prawidłowej, wystąpił rumień plamisty na obu policzkach i stosunkowo dość znaczna przemijająca cukrzyca.

Badanie moczu (1000 ctm., c. 1022), oddanego w 24 godzin po zażyciu morfiny, wykazało nieznaczną ilość białka, które atoli odpowiednio do badania drobnowidowego osadu pochodziło od miernego stopnia białych upławów; natomiast próby na cukier dały wynik dodatni. Po zupełnem usunięciu białka z moczu badanie przyrządem polaryzacyjnym wykazało skręcenie płaszczyzny polaryzacyjnej na prawo o 0·32°, co odsetkowo odpowiada ilości 0·719 cukru gronowego, a przy ilości moczu 1000 oznacza 7·62 cukru gronowego.

Mocz oddany po upływie 24 godzin wynosił ilościowo 500 ctm. przy c. g. 1020 i zawierał jeszcze ślady cukru gronowego, poczem badanie, wykonywane przez kilka tygodni codziennie, dało zawsze wynik ujemny.

A. sądzi, że przypadek ten jest równie dowodem, że ostre zatrucie ustroju morfiną jest w stanie znacznie obniżyć granicę przyswajania cukru gronowego przez ludzki ustrój. *Nartowski.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Horowitz (Wiedeń). **Melan, nowy środek, przyśpieszający gojenie.** (*Centralblatt für die ges. Therapie*, zeszyt XI 1900). Autor stosował melan w przypadkach twardego lub miękkiego wrzodu, w wrzodkach podudzia, liszaju napletka, oparzeniach wszystkich stopni, — wogóle w najrozmaitszych postaciach obrażeń lub wyprysków skóry, otrzymując zawsze nadspodziewanie dobre wyniki. Sposób użycia był następujący: po obmyciu i osuszeniu owrzodzenia przykłada się nań wyjałowioną gazę, dobrze napojoną melanem, poczem przykrywa się kawałkiem batystu Bilrotha, a na to opaska kalikotowa. Opatrunek taki pozostaje zwykle 3—4 dni; — już po trzeciej zmianie opatrunku owrzodzenie jest zwykle zagojone. Można także melan stosować jako maść w połączeniu z żółtym woskiem (2:3 lub 1:3), albo też jako ciasto. Wyniki dotychczas otrzymane są wielce zachęcające. *Dr. Henryk Pisek.*

Aspiryna. Noorden uważa aspirynę za równie cenny środek, jak kwas salicylowy, z tą jednak różnicą, iż chorzy lepiej znoszą aspirynę, aniżeli salicylan sodowy. Noorden podawał ją chorym na cukrzycę, przy jednoczesnem zastosowaniu odpowiedniej dla tych chorych dyety, i przekonał się, iż po okresie 2—3 tygodniowym takiego leczenia, chorym tym można było podawać następnie w pokarmie 90—180 grm. chleba lub równoważnych ilości innych wodników węgla bez obawy pojawienia się w moczu cukru (*Deutsche Praxis*, 1900). Müller stosował aspirynę w różnych cierpieniach gośćcowych, nerwobólach, w przypadkach zapalenia opłucnej, nieżycie pęcherza mocz., a na podstawie otrzymanych wyników stwierdza, iż aspiryna przewyższa w działaniu kwas salicylowy, nie sprawia chorym dolegliwości i może być podawaną przez czas dłuższy (*Wien. klin. Rundschau*, 1900). Również Grawitz stosował aspirynę i stwierdził, iż w ostrym gośćcu stawowym działanie tego środka szczególnie wtedy jest pewne, jeżeli w ciężkich przypadkach podamy w pierwszym dniu 5 grm. aspiryny, rozdzielone w dawkach na całą dobę równomiernie, a nie li tylko na dzień z pauzą nocną, gdyż zauważył, iż przerwa w podawaniu tego środka wpływa ujemnie na jego skuteczność w działaniu. W następnych dniach podaje się dawki 24-godzinne po 4, 3, 2 grm. O skuteczności działania aspiryny wyrażają się dodatnio w swoich publikacyach również Wolffberg (*Wochenschft. f. Therapie u. Hygiene des Auges* 1900), Rénon (*Bull. et mémoir. de la Soc. medic.*, 1900) i Combemale et Em. Petit (*L. Echo Med.*, 1900). *Dr. Ig. L.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 15 lutego 1901 r.

Przewodniczy kol. Beck, obecnych członków 38.

I. Kol. Beck zawiadamia o śmierci kolegi Wolańskiego. Pamięć zmarłego uczcili obecni przez powstanie.

II. Kol. Stachiewicz interpeluje Zarząd w sprawie nieogłoszenia w dziennikach politycznych wyniku wyborów Zarządu Tow na rok bieżący. Sekretarz w odpowiedzi przyrzeka ogłosić wynik w najbliższym czasie.

III. Wybór Komisyi przemysłowo-lekarskiej, proponowanej przez Zarząd, nie przyszedł do skutku. Zarządowi polecono ułożyć nową listę.

IV. Kol. Marischler przedstawia chorego, u którego rozpoznaje wrodzoną wadę serca, a mianowicie zwężenie ujścia tętniczego prawego.

V. Kol Barącz przedstawia chorą, u której rozpoznaje wrzód pierwotny kiłowy na barku. Kol. Łukasiewicz natomiast uważa to owrzodzenie za zmianę drugorzędną, a mianowicie za rozpadłą wysypkę guzkową.

VI. Kol. Spalke przedstawia chorego z bardzo licznymi różnej wielkości polipami w krtani. Mikroskopowo przedstawiają się one jako włókniaki.

VII. Kol. Slęk przedstawia 2 chore z uleczonymi wrzodami podudzia. Leczenie przeprowadzono opatrunkami żelatynowo-cynkowymi

VIII. Kol. Herman przedstawia 2 chore: a) przypadek zajmujący ze stanowiska sądowo-lekarskiego. Chora, wskutek licznych obrażeń czaszki, utraciła zupełnie pamięć i przytomność. Jako jedyny świadek napadu i dokonanego mordu, nie mogła udzielić sądowi żadnych wyjaśnień Po wyjęciu odłamków z jamy czaszkowej i zagojeniu się ran, odzyskała mowę i pamięć. — b) Chora z liszajem żrącym na kończynach górnych i dolnych U chorej tej, o ile z wywiadów sądzić można, na tle wrzodu długotrwającego na policzku przyszło do nowotworowego bujania. Nowotwór mikroskopowo badany okazał się mięsakiem, a nie jak przypuszczano, rakiem. Byłby to więc drugi znany przypadek powstania mięsaka na tle owrzodzenia toczniowego. (Emil Tauffer opisuje *Virch. Arch.* T. 151 podobny przypadek jako pierwszy znany).

W dyskusyi zwraca kol. Łukasiewicz uwagę na możliwość powstania tu mięsaka bez tła tocznia; do dat zaś wywiadowych nie przywiązuje wagi *Dr. Krzyszkowski*, sekretarz.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 14 marca 1901

* Do Nru dzisiejszego dołączamy odezwę grona lekarzy polskich, którzy przystępują do wydawania we Lwowie Polskiego Archiwum nauk biologicznych i lekarskich.

Wiemy dobrze, że o wartości karmi tak cielesnej jak duchowej stanowi jakość a nie ilość, oraz, że w piśmiennictwie lekarskiem polskiem zachodzi potrzeba nie rozszerzenia, lecz pogłębienia. Z drugiej jednak strony znany nam jest niemniej fakt, że polska prasa lekarska nie posiada do tej pory organu, poświęconego wyłącznie medycynie teoretycznej, i że autorowie, zamierzający ogłosić pracę z zakresu ściśle umiejętnego, trafiają na trudności niepokonalne, zwłaszcza jeśli rozprawa jest obszerna, a przytem zawiera tablice i rysunki. W tych warunkach niezbędnem było stworzenie nowego typu czasopiśmienniczego, któryby wypełnił tę rażącą lukę i stał się organem dla medycyny umiejętnej. Z tego stanowiska zapatrując się na racyę bytu powstać mającego »Archiwum«, dopatrujemy w nowem wydawnictwie rzetelnego dowodu postępu, który z najwyższą wdzięcznością dla autorów i uznaniem dla ich szczęśliwego pomysłu powita ogół lekarzy polskich.

Odzywając się w tej sprawie do naszych czytelników, zatem do ludzi o zdaniu wyrobionem, zbyt dobrze to rozumiemy, że pragnąc zapewnić nowemu wydawnictwu życzliwe poparcie lekarzy polskich, nie wolno nam wystąpić z przynętą szumnego frazesu; ograniczamy się więc tylko do zwrócenia uwagi na imiona mężów podpisanych na odezwie, które nam dają zupełną rękojmię, że sprawa wydawania »Archiwum« została jak najdoskonalej obmyśloną, przygotowaną i opiera się na bezpiecznych podstawach trwania i rozwoju materyalnego i umysłowego.

Z naszej strony życzymy redakcyi »Archiwum«, ażeby na obranej drodze doczekała się tej najwyższej nagrody, którą jest wewnętrzne przekonanie, że pracując w winnicy ducha bez oglądania się na zapłatę, spełnia moralny obowiązek, nakazany rozwojem polskiego piśmiennictwa lekarskiego i powołaniem do życia Wydziału lekarskiego w uniwersytecie lwowskim

* Ze sprawozdania krakow. Towarzystwa Ratunkowego za rok 1900 dowiadujemy się, że w roku tym udzieliło Towarzystwo pierwszej pomocy w 2991 przypadkach (2206 w dzień i 785 w nocy); w szczególności zaś: w nagłych zasłabnięciach 785 razy; w przypadkach chirurgicznych 1712; w samobójstwach 35; w porodach i poronieniach 104; w obłąkaniu 49; w przypadkach zaszłej nagle śmierci 48 rany. Przewieziono 861 razy, a z tych wozem dla chorób zakaźnych 62 osób.

Główną, jeśli nie wyłączną, działalność sprawowali medycy wyższych kursów. Prezesem Towarzystwa był prof. B. Wicherkiewicz wiceprezesem Doc. Braun, sekretarzem Dr. Śliwiński.

* Na fundusz im śp. Napoleona Kostaneckiego dotychczas złożyli: 1) profesorowie i docenci Wydziału lekar. w Krakowie 608 kor. 2) Lekarze lwowscy za pośrednictwem Dr. Feuersteina 119 kor. Dr. Grodecki (5 rubli) 12 kor. 64 h. Dr. Bier 20 kor. Dr. Gliński 4 kor, Dr. Zanietowski (senior) 3 kor. Dr Zanietowski (junior) 3 kor. Dr. Gwiazdomorski 5 kor. Dr. Hirsch H. 6 kor. Dr. Murdzieński 4 kor. Razem 784 k. 64 h.

Składki na powyższy cel uprasza się nadsyłać pod adresem: prof. Bujwid (Kraków. ul. Kolejowa, 3).

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich otrzymali: w Uniw. lwowskim Adam Zyg. Kołaczkowski; w Uniw. Jag Emil Bobrowski.

* W austryackiej Radzie państwowej wypomniał poseł Kozłowski ministrowi wojny jego bezpodstawne zarządzenie, zabraniające lekarzom wojskowym brania udziału w IX Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich.

* Prezydent ministrów austryackich, jako kierownik ministeryum spraw wewnętrznych, przedłożył dn. 1 b. m. Izbie Panów projekt do prawa, mocą którego zostałyby rozwiązane grem a chirurgów, a ich fundusze przekazane Izbom lekarskim.

* Dr. Beadles, neurolog angielski, ogłosił statystykę z zakresu swojej specyalności, opartą na 1000 przypadkach, spostrzeganych w szpitalach. Z pracy tej wynika, że największa liczba chorób układu nerwowego przypada w Anglii na żydów: porażenie postępowe zdarza się u żydów o 60% częściej, niż u nie żydów. Wniosek ten staje w sprzeczności z powszechnie wyznawaną teoryą, że na powstanie porażenia postępowego głównie wpływa zakażenie kiłowe i nadużywanie wyskoku, t. j. sprawy, które właśnie rzadziej zachodzą u żydów, niż u innych narodów. A natomiast statystyka ta Dr. Beadlesa przemawiałaby raczej zatem, że porażenie postępowe najczęściej jest wynikiem bezustannego wytężenia władz umysłowych, co jest w istocie cechą spekulacyjnego umysłu u żydów; godzi się też dodać, że porażenie postępowe nawiedza głównie warstwy wykształcone, a nie robocze, pomimo że kiła i opilstwo grasują co najmniej tyleż w niższych warstwach społecznych, co i w wyższych.

* Sprawa walki z zakażeniem zimniczem nabiera we Włoszech pod kierunkiem higienisty Celli doniosłości ustawowej. Projektowana ustawa obejmie 5 paragrafów i dotyczyć będzie: obowiązkowego donoszenia władzom, bezpłatnego rozdawania chininy ubogim i walki w porze letniej z owadami.

* W Japonii w niedługim już czasie powstać ma osobny uniwersytet dla kobiet. Jedna bogata rodzina w Tokio ofiarowała obszerny grunt pod budynki uniwersyteckie, a trzech zamożnych mieszczan złożyło 600.000 fr. na koszta budowy. Panny japońskie z najlepszych rodzin wpisują się gromadnie do nowej instytucyi, głównie na medycynę i politechnikę.

Mianowania i odznaczenia. Doc. chirurgii w Wrocławiu Dr. Henle otrzymał tytuł profesorski. Doc. Cristiani mian. został prof. higieny w Genewie. Profesorowie nadzwyczajni Janowski i Botkin mian. zostali profes. zwycz. w Petersburgu. Dr. Świątecki mianow. został lekarzem naczelnym budującej się kolei Warszawa-Kalisz.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Ludw. Kozubski lat 48, lekarz kolejowy w Nowym Sączu. Dr. Rossander b. prof. chirurgii zmarł w Stokholmie. Prof. pedyatryi Tołmaczew zmarł w Kazaniu. Prof. chirurgii Dr. Newison, zmarł w Clewelandzie.

Zapiski bibliograficzne.

— *Postęp Okulistyczny* (luty) Bednarski: Przyczynek do kazuistyki zaćm żelaznych. Wicherkiewicz: Słów kilka w sprawie lekowego zwalczania jaskry. Łuniewski: Znaczenie lecznicze dyoniny w okulistycznej praktyce (dok.).

— *Krytyka Lekarska* Nr. 3: Lewin: Wody mineralne, stacye klimatyczne i sanatorya krajowe. Szokalski: Pamiętniki.

— *Medycyna* Nr. 10: Kossobudzki: Trzy przypadki otrucia nalewką i wyciągiem płynnym konopi indyjskich. Gaszyński: O zasadach, warunkach i wskazaniach do wykonania cięcia łonowego z przytoczeniem własnego przypadku (c. d.).

— *Pamiętnik Towarz. lekar. warszawskiego* Z. IV: Hołowiński: O fotografii tonów serca. Zaremba: Zarys dziejów i rozwoju psychiatryi.

— *Gazeta Lekarska* Nr. 10: Męczkowski: Przyczynek do nauki o tężyczce. Bernhardt: Przyczynek kliniczny i anatomiczny do nauki o późnym syfilisie skóry (c. d.).

— *Nowiny Lekarskie* Nr. 3: Żydłowicz: O leczeniu poronnem rzeżączki. Stasiński: O leczeniu t. zw. „ulcus corneae serpens." Szuman: Przyczynek do chirurg. leczenia kamieni żółciowych (c. d.). Zanietowski: O przyrządach służących do faradymetryi.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 10: Braber: Otrava zmiji (dok). Záhor: O klasifikaci příčin úmrtí dla Bertillona. Steppan: Smrt v coma diabeticum po úraze.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 10: Englisch: Nacieczenie rakowe pęcherza moczowego. Schuman-Leclercq: Doświadczenia nad wpływem pożywienia na wytwarzanie się acetonu, czynione na samym sobie. Markl: Przyczynek do sprawy znajdowania się prątków gruźliczych w maśle i margarynie na rynku wiedeńskim.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 10: Schwalbe: Wpływ roczczynów solnych na morfologię skrzepu. Dennig: O zmianach pałeczkowatych w palcach rąk i nóg. Krause: Przyczynek do wiedzy o powikłaniach ospy wietrznej. Müller: O hedonalu. Ortmann: Kliniczny przyczynek do schorzeń przełyku wskutek wrzodu trawiennego (e digestione). Riedel: Prosta pętlica do wyciągania chirurgicznego. Meinel: Przypadek bąblowca jednokomorowego w nerce. Weichardt: Technika szczepienia.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 10: A. Beck i L. Rabinowitsch: Dalsze badania nad wartością Arloing-Courmontowskiego odczynu surowiczego w gruźlicy, zwłaszcza dziecięcej. Gregor: Godny uwagi i niewyjaśniony co do przyczyny wynik badania przysłuchowego u oseska. Maass: Doszczętna operacya dziecięcej przepukliny. Tautz: Nowy przyrząd do rozpoznawania zboczeń kręgosłupa. Lipliawsky: Nowa metoda nieomylnego wykazania kwasu acetylooctowego w moczu. Petersen: Leczenie przepukliny uległej zgorzeli (Dokoń.). Steffeck: Przyczynek do leczenia macicy chorobowo ustalonej.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 10: Lassar: Przyczynek do leczenia rakowca. Ehrlich i Morgenroth: O hemolizynie. Strauss: Przyczynek do rokowania w raku odźwiernika po enterostomii. Koch i Coenen: Postępy we Włoszech nad badaniem zimnicy. Jacob: W sprawie odkażania cewników.

— *La Semaine médicale* Nr. 9: Quervain: Leczenie spodziectwa (*hypospadias*).

— *La Presse médicale* Nr. 19: Jeanselme: Walka z trądem w Indo-Chinach francuskich; projekt ustawy w celu zapobiegawczym. Trousseau: Opuchlina powiek przyrody dnawej.

Redakcya otrzymała:

Kornfeld: Ueber die Beziehungen der Blutbeschaffenheit zum Blutdrucke resp. zur Nervenerregbarkeit und über den »Fersan« in der Therapie der Neurosen. Markus: Zur Behandlung der Bleichsucht mit »Fersan.« S. Sterling: 1) Variola und Phthisis. 2) Sprawozdanie z r. 1899 i 1900 z oddziału dla chorych piersiowych w szpitalu im. małż. Poznańskich w Łodzi. Prof. Jordan i prof. Mars: O zapobieganiu i leczeniu gorączki połogowej.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 20-go marca, o godz. 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy***, posiedzenie zwyczajne, na którem Doc. Dr. Marchlewski będzie mieć wykład „O pokrewieństwie barwika krwi z chlorofilem."

Ogólne doroczne XXVI Zgromadzenie członków Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich odbędzie się we wtorek dn. 19 bm. o godz. 6-tej wieczorem w sali wykładowej kliniki lekarskiej Uniw. Jag. (ul. Kopernika 15). Na Zgromadzenie to mam zaszczyt prosić P. T. PP. członków.

Prof. Dr. Edward Korczyński.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**